



UNIVERSIDADE
CATÓLICA INSTITUTO DE
PORTUGUESA **CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Caminhos do Cuidar

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Maria Adelaide Gaspar Quinto Pacheco da Silva

Lisboa

Abril de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Caminhos do Cuidar

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Maria Adelaide Gaspar Quinto Pacheco da Silva

Sob orientação do Mestre Manuela Madureira

Lisboa

Abril de 2011

A investigação em enfermagem e o desenvolvimento pessoal e profissional que ela permite têm diante de si um futuro promissor, desde que saibam manter-se no caminho de uma verdadeira perspectiva de CUIDAR.

Walter Hesbeen

AGRADECIMENTOS

A concretização deste relatório, não teria sido possível sem a “paciência” e dedicação de algumas pessoas que merecem toda a minha estima e apreço.

Por isso quero expressar os meus agradecimentos a todos, que de variadíssimas formas me ajudaram para que a sua realização fosse possível.

Em primeiro lugar, à Universidade Católica, e à Responsável por este Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Professora Patrícia Pontífice Sousa pela sistemática preocupação de realizarmos este percurso motivados e com sucesso.

À minha orientadora Enfermeira Manuela Madureira que com muita paciência e determinação me encorajou a caminhar neste percurso apesar de todas as adversidades.

Às orientadoras dos estágios na Urgência do Hospital da Luz e da Comissão de Controlo de Infecção do HDE que me acompanharam neste percurso.

Um agradecimento muito especial à minha amiga de sempre que infelizmente não me pode acompanhar neste percurso mas esteve sempre presente, Manuela Coelho.

E ao meu filho João Pedro pelo tempinho “roubado”.

RESUMO

A prática dos cuidados de enfermagem possibilitam um especial encontro entre uma pessoa que é cuidada e a pessoa que cuida. Cruzamos o caminho de alguém e procuramos fazê-lo numa perspectiva de cuidados, portadora de sentido e de ajuda com disponibilidade para com a pessoa cuidada. Para conseguir cuidar do outro devemos de forma sistematizada questionarmos, reflectirmos e aplicarmos os conceitos teóricos apreendidos mobilizando as competências adquiridas.

A elaboração deste relatório não é apenas uma descrição das actividades desenvolvidas mas acima de tudo possibilitou uma reflexão, avaliação e registo de todo um percurso de formação que culminou com a aquisição de novas competências por um lado e com aplicação de outras já adquiridas, através das práticas clínicas sempre acompanhadas de formação contínua.

Tal como muitos outros, sinto mais do que nunca uma necessidade cada vez maior de reflectirmos e agirmos sobre a atenção humanizada que devemos disponibilizar ao outro. O contexto económico actual serve para justificar acções que não o conseguimos fazer de outra maneira.

A componente prática do Curso incidiu sobre a prestação de cuidados a doentes de médio/alto risco e família, quer num Serviço de Urgência quer numa Comissão de Controlo de Infecção. Ambos foram vistos como novos desafios e possibilitaram o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na Área de Especialização Médico - Cirúrgica.

As competências da área da gestão foram adquiridas em contexto de trabalho onde sempre me foi dada a oportunidade de colocar em prática todo o conhecimento teórico adquirido através da formação contínua.

Em relação à área da formação esta têm tido uma importância no meu percurso de vida pois acredito só por esta via podermos prestar cuidados de enfermagem avançada e sermos motores de mudança.

Para terminar este percurso com sucesso foi indispensável seguir um caminho da investigação ou seja prestamos cuidados baseados na evidência de uma forma sistemática e intencional no sentido de acrescentar valor ao conhecimento já adquirido.

Partilhar este caminho convosco é o desafio que vos deixo.

ABSTRACT

The practice of nursing care possibite a special meeting between a person who is cared and the caregiver. We crossed someone and we try to do it in a perspective of care, with sense and willingness to help with the person cared for. To caring for others should be able to questioning systematically, reflect and apply the theoretical concepts learned, mobilizing skills acquired.

The preparation this report is not only a description of activities developed but most of all possible reflection, evaluation and registration of a lifetime of training that culminated with the acquisition of new skills on the one hand and application of other skills already acquired, through clinical practice always accompanied by training.

Like many others, I feel more than ever a need to the availaze to the other. The current economic situation serys to justify actions that can't do otherwise.

The practical component of the course is focused on the care of patients with medium/high risk and family, either in emergency or committee on infection control. Both were seen as new challenges and enable the development of technical skills and relational specialization in medical – surgical.

The powers of the management area were acquired in the context of work where ever I was given the opportunity to put into practice all theoretical knowledge acquired though training.

In relation to the training area that has had an importance in my life path because I believe only in this way to provide care advanced nursing and be engines of change.

To complete successfully this course was essential to follow a way of research provide evidence-based care in a systematic and intentional in the sense of adding value to already acquired knowledge.

Sharing this journey is the challenge I leave you.

0. INTRODUÇÃO	8
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	13
1.1. ATENDIMENTO MÉDICO PERMANENTE DO HOSPITAL DA LUZ.....	13
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO HOSPITAL DE SANTA MARTA	30
1.3. COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO DO HOSPITAL D.ESTEFANIA	37
2. CONTRIBUTOS E SUGESTÕES	47
3. CONCLUSÃO	51
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	57
ANEXO I: Norma de Procedimento - “Orientação/ Integração de estudantes de enfermagem”.	58
ANEXO II: Norma de Procedimento – “ Actuação perante o cliente com Acidente Vascular Cerebral”	63
ANEXO III: Norma de Procedimento – “ Actuação perante o cliente com Síndrome Coronário Agudo”	69
ANEXO IV: Instrução de trabalho–“Higienização de Câmara de Fluxo Laminar Horizontal”. 78	
ANEXO V: Norma de Procedimento–“Higienização da Unidade do doente numa UCI”	80
ANEXO VI: Norma de Procedimento–“Recomendações relacionadas com Cateteres Intravasculares”.	88
ANEXO VII: Norma de Procedimento–“Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial”. 108	

SIGLAS

AMP- Atendimento Médico Permanente

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – Centers of Disease Control and Prevention

CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central

DGS – Direcção Geral de Saúde

HDE- Hospital Dona Estefânia

HLUZ – Hospital da Luz

HSM- Hospital de Santa Marta

HSJ- Hospital de S. José

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISPR- Interlocutores dos Serviços para a Política de Reanimação

NURE- Núcleo de Reanimação e Emergência

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR -Paragem Cardio-Respiratória

PIB- Produto Interno Bruto

UUM- Unidade de Urgência Médica

VE- Vigilância Epidemiológica

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica foi-me proposto a elaboração do presente trabalho, que têm como objectivo descrever de forma clara e concisa as actividades realizadas ao longo dos Módulos I, e III, com a finalidade de atingir os objectivos propostos no projecto de estágio e as competências de especialista médico-cirúrgica nele adquiridas. Em relação ao Módulo II descrevo as actividades e as competências adquiridas ao longo dos vinte anos de experiência profissional e como tenho mobilizado todo o conhecimento adquirido originando a creditação deste.

A sua elaboração foi realizada com enorme satisfação pois foi baseada numa procura constante de partilhar as minhas expectativas, os desafios do que iria encontrar em algumas realidades, o que ficaríamos a ver de maneira diferente e explorando de forma continua aquilo que penso ser a essência da nossa profissão – **O Cuidar**.

Para este percurso formativo foi indispensável uma adequada relação teórico-prática, pois acreditamos que apenas desta maneira poderemos proporcionar cuidados de saúde diferenciados e humanizados, pois tal como refere HESBEEN (2000, p.1) *“Demasiadas vezes, por razões diversas, verifica-se um desfasamento considerável entre a finalidade dos cuidados que anima os profissionais e a realidade das modalidades práticas de realização desses mesmos cuidados”*. Ainda segundo o mesmo autor as equipas prestadoras de cuidados, mesmo... *“não estando sobrecarregadas de trabalho, nem por isso são mais disponíveis ou calorosas nem passam mais tempo junto dos pacientes.”* (p.5). Ao longo dos tempos esta tem sido uma temática bastante trabalhada. COLLIÉRE (1989) define cuidar como, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. Na opinião de WATSON (1998), a pessoa, é o centro da existência humana composta pelas dimensões - corpo, alma e espírito. Como tal, a atenção tem de ser prestada ao todo, ao ser humano psicológico, biológico e espiritual. Nesta perspectiva HESBEEN (2000, p.67), define cuidados de enfermagem como sendo ...*“a atenção particular prestada*

por uma enfermeira ou por um enfermeiro, a uma pessoa ou aos seus familiares - ou a um grupo de pessoas - com vista a ajudá-los na sua situação". Muitos outros autores colocam o **Cuidar** de forma clara e precisa, no centro das suas visões de enfermagem, como seu foco central e unificador. Caminhar com o outro, acompanhando-o, ou seja ir ao encontro do caminho que é o seu, acreditamos ser este o percurso do cuidar. Com este percurso obtivemos o grau de Enfermeiro Especialista. Segundo a OE (Diário da República 2011, p.8648):

... "Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção".

Os caminhos escolhidos para conhecer realidades diferentes, o que encontramos, o que aprendemos, o que elaborámos como e quais as competências que adquirimos e ou mobilizámos é tudo isso que aqui me proponho deixar registado.

O módulo I foi realizado no Serviço de Urgência do Hospital da Luz, que decorreu de 19 de Abril a 19 Junho de 2010. A escolha desta Instituição deveu-se ao facto de ser uma das mais recentes Unidades Hospitalares, que segundo o seu site ...*"assume o compromisso de diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz quem o procura, através da prática de uma medicina de excelência e inovação"*.

Num tempo em que se implementa uma profunda reforma do sistema de Saúde, motivada pelo ritmo de despesas incontroláveis e que se baseia no envelhecimento demográfico, com novas exigências tecnológicas e encargos que, noutras épocas não era tradição o Estado assegurar, num tempo em que se questiona a tradicional administração na base do imprevisto, num tempo, enfim em que exige uma Gestão que reclama a introdução de alguns elementos da lógica de mercado na Saúde fez todo o sentido conhecer uma realidade diferente.

Para este estágio o principal objectivo foi prestar cuidados especializados ao doente de médio/alto risco em situação de urgência/emergência e como objectivo específico o poder contribuir para uma contínua melhoria dos cuidados prestados.

No que concerne ao módulo II - Cuidados Intensivos - foi creditado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que considerou a minha experiência profissional de cerca de vinte anos na UCIP do HSM. Esta experiência permitiu-me adquirir competências na liderança de equipas, na área da gestão, na área da formação. Exerço funções na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Santa Marta desde a sua abertura ou seja desde 1991, sendo Responsável pela Gestão da mesma desde 2006. Antes da abertura da referida unidade exerci funções na Unidade de Urgência Médica do HSJ e na Unidade Cardio-Torácica do HSM.

Para além desta experiência prática foi sempre uma preocupação sistemática a formação contínua nesta área através da presença em vários cursos. Por ser a área importante do meu percurso, a área da formação, frequentei o Curso de Formação Pedagógica de Formadores no HSM tendo adquirido conhecimentos que me possibilitaram intervir como formadora em várias acções formativas e integrando a Equipa Consultiva do Departamento de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do HSM desde 2003.

O Hospital de Santa Marta esteve inserido no Projecto de Acreditação no qual procurei ter uma participação activa e dinâmica ao ser um dos elementos do Grupo da Qualidade para os Cuidados Intensivos, tendo mais recentemente em 2010 integrado o mesmo Grupo mas agora para o processo de Reacreditação que decorreu com sucesso.

Na área da investigação participei no 2º Projecto Europeu de Unidades de Cuidados Intensivos “Euricus II”. Na área da Gestão, frequentei e tenciono terminar durante o ano em Curso a Licenciatura do Curso de Gestão na Universidade Autónoma de Lisboa.

Este percurso prático e teórico possibilitou a creditação deste módulo e mobilização de várias competências durante as práticas clínicas.

O estágio referente ao módulo III foi realizado na CCI no HDE e decorreu de 27/9/2010 a 19/11/2010. A escolha desta Comissão deveu-se ao facto de procurar não uma Instituição de implantação recente mas uma Instituição que evidência a História da Pediatria em Portugal. Ou seja, era fundamental durante este percurso formativo

usufruir de experiências práticas diferentes, por um lado uma Instituição recente numa vertente privada por outra uma Instituição com um passado histórico na área do cuidar. O HDE é um Hospital Central, especializado no atendimento materno-infantil, sendo pois a unidade de referência em pediatria, para a zona do Sul do país e ilhas. Em 2007 o HDE recebeu o prémio Merck Serono, de Gestão da Qualidade em Saúde por ter reduzido em 60% a taxa de infecção provocada pela utilização de cateteres em recém-nascido.

Um assunto pertinente e de reflexão da actualidade é a infecção que é adquirida durante o internamento, daí a enorme importância de todo o trabalho desenvolvido pelas Comissões de Controlo de Infecção. É frequente ser-me pedida colaboração na elaboração de diversos procedimentos no CHLC mas não no âmbito da Pediatria daí ter considerado este estágio um desafio. Segundo Martin e Henderson (2004) *“Os procedimentos são a forma como a sua Organização exige que certas actividades sejam feitas”... “os procedimentos são a forma de operar o sistema”*.

A CCI do HDE tem como principal objectivo dar resposta a toda uma população institucional e estar atenta á prevenção e controlo das IACS. Percorrendo este caminho poderia pois adquirir/aprofundar competências nesta área, mobilizando mais conhecimento para o Serviço onde exerço funções.

Este documento encontra-se estruturado em duas partes principais: a primeira, descrevo os objectivos a que me propus atingir nos estágios referentes aos módulos I e III respectivamente, através das actividades realizadas, as situações e ou problemas identificados e onde pude ter intervenção, assim como, sinalizo os contributos e sugestões para a melhoria continua dos cuidados prestados, e descrevo as competências adquiridas e mobilizadas; na segunda parte descrevo e reflecto sobre os contributos que este percurso formativo me proporcionou e como pude contribuir para a melhoria continua dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e sinalizo também algumas sugestões. Na conclusão será dada ênfase à análise crítica dos principais aspectos trabalhados, considerações sobre todo o processo de aprendizagem, contributos, dificuldades e limitações. Em anexo, foram colocados os trabalhos elaborados durante os estágios e que em contexto a eles me reporto.

Esta reflexão final sobre as práticas de cuidados e saberes que a sustentam, tendo por fim a execução de cuidados de excelência, tem por base a consciência de que apenas através deste processo, realizado de forma contínua, sistematizada, actualizada e autónoma, é possível um crescimento enquanto profissional e pessoa, e uma correcta fundamentação das acções implementadas. Acredito ser este o **caminho do cuidar**.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVADES DESENVOLVIDAS

Todos estes momentos de aprendizagem que os estágios proporcionaram, contribuíram de forma decisiva para inter-relacionar todas as unidades curriculares leccionadas durante o período teórico, aplicando o universo de conhecimentos adquiridos em contexto de trabalho, reflectindo sobre os mesmos, complementando-os e abrindo portas para novos momentos de exploração do saber, tendo por fim uma melhor assistência ao doente e família, a qual se preconiza global e integrada.

Nos capítulos seguintes irei fazer uma análise crítica sobre o meu desempenho em cada um dos estágios referentes aos módulos I e III, o porquê da escolha, os objectivos como foram atingidos, os saberes e competências mobilizadas e ou adquiridas e os trabalhos elaborados. Em relação ao módulo II farei uma descrição do meu percurso e descrevo as competências mobilizadas em contexto de trabalho.

1.1 ATENDIMENTO MÉDICO PERMANENTE DO HOSPITAL DA LUZ

O hospital da Luz é uma das mais recentes unidades Hospitalares que têm como Missão segundo o site...“*Diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais*”. Esta Instituição apostou na Inovação tecnológica em termos de aquisição de equipamentos médicos de última geração e na utilização de sistemas de informação de vanguarda que garantem a segurança e eficácia dos cuidados de saúde prestados.

Para que a integração fosse o mais breve possível, optámos como estratégia procurar respostas para as questões relacionadas com a organização e funcionamento do Serviço suportado por uma Instituição de cariz privado.

Os objectivos traçados foram:

- Prestar cuidados de enfermagem ao doente de médio e alto risco e família através da aplicação de conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico - Cirúrgica;
- Contribuir para a melhoria continua dos cuidados prestados ao doente de médio e alto risco e família na unidade de Atendimento Permanente quer através de partilha de conhecimentos teóricos quer através de elaboração de normas de procedimentos.

A integração na equipa multidisciplinar fez-se progressivamente. No início com alguma ansiedade pois tudo era novo, os espaços físicos, a equipa multidisciplinar, as dinâmicas, o sistema informático implementado, tendo, a forma como me receberam na equipa e partilharam saberes e experiências, sido factor decisivo para a concretização deste percurso.

O Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz é um Serviço de prestação de cuidados médicos e cirúrgicos, disponível 24 horas por dia, que dispõem de recursos físicos, tecnológicos e humanos necessários para prestar cuidados e é segundo o seu site: *“...Vocacionado especialmente para a avaliação e tratamento de situações de urgência/emergência, bem como de situações que embora não possam ser definidas como tal requerem uma intervenção rápida.”*

Fisicamente têm uma sala de reanimação com duas unidades de intervenção, uma sala de pequena cirurgia, uma de gessos e outra para realização de pensos e ou administração de terapêutica. Possui ainda espaços reservados especificamente para adultos que incluem uma área de espera, cinco gabinetes de consulta, uma sala de tratamentos e uma sala de observação com seis unidades (tendo a possibilidade de isolamento). Na equipa do AMP estão médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos especializados e funcionários administrativos.

Em relação ao acesso ao AMP, qualquer pessoa pode dirigir-se a este Serviço, no entanto este hospital é uma unidade de saúde privada, pelo que quando o paciente não for beneficiário de nenhum subsistema de saúde ou seguro de saúde com convenção com o hospital, as despesas serão pagas na totalidade por este. Quem recorre ao AMP faz a sua inscrição apresentando os seus documentos e posteriormente é encaminhado para as áreas de espera específicas (crianças, adultos ou grávidas). O atendimento médico é programado em função do estado clínico do doente, determinado pela triagem feita por um enfermeiro, segundo protocolos estabelecidos.

O AMP do Hospital da Luz é uma Urgência onde maioritariamente os clientes são de médio risco com uma prevalência de doentes com insuficiência respiratória agudizada, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias, patologias renal e vesicular, e acidente vascular cerebral. Durante o estágio não foi admitido nenhum cliente em situação de alto risco ou cliente crítico, pois segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) o doente crítico é... *“aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”*. Na sala de reanimação pude observar e manusear o equipamento e saber quais os procedimentos de manutenção dos mesmos. Durante o período de estágio, como atrás referido não ocorreu nenhuma situação clínica que necessita-se da utilização deste espaço. Em relação ao equipamento nada era novo, para mim, os monitores e os ventiladores eram diferentes, mas conhecia as suas funções.

Neste contexto teríamos de estar muito atentos a situações mais particulares pois o principal objectivo do estágio seria o de prestar cuidados especializados ao doente de alto/médio risco em situação de urgência/emergência.

A enfermagem em urgência é definida por MACPHAIL (2001), como a... *“prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações de saúde físicas ou psíquicas, percebidas ou reais, não diagnosticadas, ou que necessitem de outras intervenções. Estes cuidados são episódios primários e normalmente agudos”*. A resolução pode pois ir desde cuidados mínimos até medidas de reanimação.

Ao escolher fazer o estágio neste Hospital e neste Serviço foi também meu objectivo saber se nesta Instituição encontraríamos um Sistema de saúde diferente. Segundo SAKELLARIDES, C (2010, p.31) actualmente temos... *“um país, dois sistemas de saúde”* a que correspondem claramente dois níveis distintos de qualidade.... *“O nível mais elevado, para aqueles que o podem pagar, directamente ou através de um seguro privado, com um acesso mais ágil a certo tipo de cuidados, tende a beneficiar também de um financiamento público complementar através de deduções fiscais.”*..Falamos então de Instituições privadas referindo ainda o mesmo autor (p.115).. *“Os profissionais de saúde, pressionados a realizar os objectivos quantificados propostos, sem outro enquadramento podem ser levados a olhar mais para o “indicador”, a “meta”, o “contrato e o “protocolo” do que para as pessoas, para os doentes.* Ao referir-se a este tipo de situações, ainda o mesmo autor diz (pag.115),” *you reached the target, but missed the point*”, traduzido, por ” *atingis-te o objectivo, mas não percebeste o essencial do que estás a fazer*”. Segundo ainda o mesmo autor existe um nível menos elevado que se dirige aqueles outros portugueses aos quais restará um Serviço Nacional de Saúde, tradicionalmente sub financiado, “obrigado” pelos brandos costumes a ineficiências inevitáveis, alvo preferencial dos grandes “cortes” dos planos.

Para o conjunto dos países desenvolvidos que fazem parte da OCDE, as despesas com a saúde subiram de 5% para 9% do PIB entre 1970 e 2000 (OCDE, 2008). Em Portugal a tendência de crescimento dos gastos com saúde foi mais acentuada. Portugal registava em 1970 uma percentagem da despesa com saúde no PIB de 3% que escalou para os dois dígitos, 10,2% em 2006, superior ao valor médio da EU (15) e da OCDE (9%) (OCDE 2008). O Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal tem-se debatido, há longos anos com um problema de défice com carácter marcadamente reestruturante.

Se, por um lado, para tal têm contribuído os constrangimentos colocados às finanças públicas, por um pacto de estabilidade e crescimento, obrigando o SNS em cada ano a disputar com os demais sectores a partilha dos escassos recursos, por outro lado, a pressão no sentido de crescimento das despesas públicas com a saúde torna os montantes previstos, do lado da receita, sempre insuficientes e do lado da despesa, normalmente excessivos. Estas são razões que não se colocariam na Instituição que escolhemos e por isso procurávamos conhecer caminhos diferentes. Segundo PINHO,

M (2010)...*“Nenhuma sociedade possui recursos em montante suficiente que permita prestar todos os cuidados de saúde a todos aqueles que os reclamam”*. Ainda segundo o mesmo autor (p.1), *“A espiral de despesas com a saúde é factual na maioria dos países e põe em causa a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde”*.

Tal como HESBEEN, W (2000, p.4) referia: *“as práticas actuais estão impregnadas de certezas, de lógicas científicas no sentido estrito do termo, mas também de lógicas de meios”* (....), que diz ainda que:

“Cruel paradoxo este de ver todas estas lógicas, marcadas nomeadamente por uma concepção muito restrita do rendimento e da economia, consumir uma energia considerável em estratégias por vezes engenhosamente estudadas para, no fim de contas, resultarem numa crescente insatisfação quer dos utentes quer dos profissionais que aí exercem a sua actividade” (p.5).

Partilhamos das opiniões dos autores atrás citados, pois através da observação podemos constatar que a diversidade de meios, a cultura instituída, os objectivos estabelecidos não parece contribuir para a acção especial que deve ser dada ao outro. Uma das consequências mais importante da escassez de recursos em qualquer âmbito da vida humana é a necessidade de racionar. O desafio da escolha do Hospital da Luz era como é o cuidar ao outro nesta Instituição que proclama não racionamento, mas sim eficiência e satisfação de quem desenvolve a sua actividade profissional e de quem recebe cuidados de saúde.

Por motivos pessoais, presenciei Serviços de Urgência onde era perceptível deficiências no seu funcionamento ficando aquém do desejável, e onde os doentes/família verbalizavam não ter a resposta desejada, onde os sistemas de informação apresentam alguns problemas e onde maioritariamente os profissionais de saúde não parecem ser os mais disponíveis. Queria pois conhecer a outra realidade ou seja um hospital relativamente recente que se propõem oferecer cuidados de excelência, atraindo profissionais para novos desafios e clientes que procuram uma resposta rápida e em tempo útil na resolução dos seus problemas de saúde. Procurei ver este estágio como um novo desafio e uma oportunidade de ter uma visão diferente de “Cuidados de Saúde” e

na procura de um caminho diferente no Cuidar, pois tal com refere VIEIRA, M (2009, p.126)... *“As profissões existem para responder á necessidade de serviços humanos sentidas pelas pessoas, pelas sociedades, nomeadamente de cuidar e ser cuidado”*. Era sem dúvida pertinente o aparecimento de alternativas em termos de mercado face às Unidades de Saúde existentes.

Na opinião de segundo HESBEEN, W (2000, p 136)... *“O estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida”... “é no estágio que estes podem descobrir concretamente o que significa prestar atenção particular ao outro através de todas aquelas «pequenas coisas» que constituem os cuidados de enfermagem”*.

O principal objectivo delineado para este estágio era o de prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação de urgência/emergência. MORENO (2000) sistematiza as competências profissionais e pessoais necessárias para o enfermeiro no serviço de urgência:

- habituar-se a mudanças rápidas;
- prestar cuidados em situações emergentes, urgentes e não urgentes;
- ter espírito de trabalho em equipa;
- ser capaz de estabelecer diagnósticos de enfermagem;
- ser assertivo;
- ter consciência profissional e responsabilidade;
- ter capacidade de decisão;
- ter destreza manual;
- ter capacidade de gestão e de organização.

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados ao cliente de alto/médio risco escolhi a sala de observações como local de eleição, no entanto prestei também cuidados aos clientes na sala de triagem e mais esporadicamente na sala de tratamentos. Na sala de observações fiz acolhimento ao cliente e família, prestei cuidados de enfermagem, elaborei registos, transmiti toda a informação dos clientes a colegas, fiz transferências e altas de clientes, demonstrei pois capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Os clientes e familiares mais exigentes não

tolerando esperas prolongadas ou solicitando a realização de exames complementares de diagnóstico (lembro particularmente de um homem que tentou agredir um enfermeiro por o tempo de espera ser já de 5h). Inicialmente observava o comportamento do cliente e dos profissionais tendo posteriormente sido facilitador para o desenvolvimento de competências da área relacional. Noutras situações similares foi importante proporcionar toda a informação e ir ao encontro das expectativas destes clientes. Gradualmente fui partilhando conhecimentos adquiridos, procurando simultaneamente informação. Neste processo promovi momentos de reflexão sobre a prática onde partilhei com a orientadora a minha preocupação pelo facto de estar há algum tempo afastada da prática clínica.

Algumas das horas de estágio foram utilizadas na prestação de cuidados na sala de triagem, sendo que BRACKEN (2001) divide as categorias de urgência em três:

- Emergente: utente que requer cuidados imediatos; em risco de vida, de membros ou visão;
- Urgente: utente que requer cuidados tão rápido quanto possível, estado que constitui perigo, mas não grave;
- Não -Urgente: utente que requer cuidados que podem ser prestados mais tarde.

Referi BRACKEN porque nesta Unidade Hospitalar a classificação na triagem era esta sendo classificado como emergente-1; Urgente-2; e não urgente-3. Durante este período de estágio inicialmente fui observando o desempenho da enfermeira orientadora e seguidamente apliquei técnicas de comunicação e mobilização de conhecimentos teóricos, permitindo-me manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional. Pela minha experiência profissional a abordagem ao cliente/ família, foi sendo feita através da interpretação e análise da informação disponível tendo sido possível tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na área da Enfermagem Médico - Cirúrgica.

Posteriormente como atrás referi, a sala de observações foi o local onde se realizou o maior número de horas do estágio. Durante uma das observações em relação ao espaço físico, olhei para o fluxograma afixado em caso de PCR (algoritmo de suporte avançado

de vida) e imediatamente detectei que nº de joules a aplicar não estava correcto, tendo partilhado essa informação com a Enfermeira Orientadora. Continuei na procura de mais informação nesta área e verifiquei que a mesma não conformidade se mantinha não apenas para os algoritmos afixados neste Serviço mas também na Política do Hospital motivo pelo qual me disponibilizei por partilhar esta informação com toda a equipa, tendo aproveitado as passagens de turno para o fazer. Durante estes períodos falei, não só, desta não conformidade mas também da importância da política de reanimação e dei sugestões que deveriam ser feitas algumas simulações no sentido de se obter uma resposta adequada perante um doente em PCR visto que os enfermeiros verbalizaram que essas situações eram muito esporádicas.

De salientar que, desde 2006 até á presente data, integro o Núcleo de Reanimação e Emergência inicialmente para o HSM e actualmente do CHLC, tendo como funções:

- Divulgação e monitorização do cumprimento dos critérios da Norma 9 do HQS;
- Realização de auditorias clínicas às práticas de reanimação e ao equipamento de reanimação;
- Actualização dos algoritmos de suporte de vida;
- Planeamento e colaboração na realização de acções de formação;
- Emissão de pareceres sobre os processos de escolha e manutenção do equipamento de reanimação.

Para operacionalizar a política de Reanimação ao nível dos Serviços fui ainda nomeada como interlocutora dos Serviços para a Política de Reanimação (ISPR) com as seguintes funções:

- Divulgação da Política de Reanimação e dos procedimentos associados;
- Verificação periódica da actualidade dos procedimentos/algoritmos existentes na Unidade de Cuidados Intensivos;
- Normalização e verificação da funcionalidade dos carros de urgência e equipamento de reanimação;
- Vigilância da efectividade dos registos de reanimação cardio-respiratória destinados a auditorias clínicas às práticas de reanimação;
- Participação nas auditorias de reanimação promovidas pelo Gabinete de Administração Clínica.

É pois particularmente fácil quando estamos inseridos nestes grupos desenvolvermos competências e numa simples observação detectar alguma não conformidade.

A orientadora do estágio sendo perita na prestação a doentes em contexto de Urgência esteve sempre atenta a todas as situações de aprendizagem em que fosse possível desenvolver competências e mobilizar conhecimentos. Lembro-me particularmente do dia em que foi admitida uma jovem com uma intoxicação por benzodiazepinas e que imediatamente apesar de eu estar a prestar cuidados a outro cliente, ambas percebemos que poderíamos estar perante uma situação de urgência. No entanto estávamos perante uma jovem consciente, do ponto de vista hemodinâmico estável, tendo sido importante a mobilização de conhecimentos da área da comunicação e na área de intervenção técnica, tendo a percepção que gradualmente ia melhorando alguma destreza manual perdida e tal como referia NIGHTINGALE, F (2005, pág. 67) a abordagem feita à cliente...”*passo firme, sem pressa, a mão segura e calma é o se deseja*”. Falei sempre calmamente com a cliente, fundamentando as diversas intervenções, explicando gradualmente a evolução da sua situação clínica. Proporcionei a presença dos familiares e falei com os pais no sentido de estar presente uma amiga significativa. Situações similares a esta eram frequentes em doentes admitidos na UCIP do HSM, doentes críticos com intoxicações graves com organofosforados, mas foi seguramente mais uma oportunidade para trocarmos conhecimentos sobre terapêuticas e procedimentos com os elementos da equipa multidisciplinar que se encontravam naquele turno.

De referir ainda outra situação em que foi admitida uma cliente com insuficiência respiratória aguda e provavelmente com necessidade de ventilação mecânica. A cliente chegou acordada, consciente, sob aporte de oxigénio a 3l, com oximetria digital de 93%, estável do ponto de vista hemodinâmico apresentando apenas ligeira taquicardia sinusal. Foi puncionado acesso venoso periférico, retirei amostra de sangue para análises, fez-se culturas e iniciou antibioterapia empírica. Colheu-se-lhe sangue para gasimetria arterial e como apresentava discreta hipoxemia sem retenção de CO₂, aumentou-se o débito de oxigénio segundo prescrição médica. Por estar febril foi administrado antipirético com efeito, resolvendo a taquicardia. Novamente falei calmamente com a cliente, explicando gradualmente a evolução da sua situação clínica, o porquê das nossas intervenções e

posteriormente fiz o acompanhamento para a unidade de intermédios. Esta atitude continuada de pôr em prática toda a minha experiência foi sem dúvida muito enriquecedora e estruturante para que durante este meu percurso académico, a ansiedade e insegurança do início do estágio era substituído por confiança e implementação de várias estratégias permitido assim prestar cuidados diferenciados a doentes em situação de maior risco. Esta actividade sistematizada permitiu-me desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e família. No decorrer do estágio foram promovidas reflexões da prática sobre situações e contextos, tanto com a orientadora como com outros elementos da equipa multidisciplinar.

Estamos numa Instituição em que o “papel “ foi eliminado daí ter sido necessário conhecer todo o sistema informático implementado de modo a ter acesso a toda a informação e poder registar notas de enfermagem e avaliações efectuadas. O sistema informático é o Soarian, extremamente fácil de acesso e eficaz na obtenção de qualquer informação possibilitando uma partilha da mesma em tempo útil, sendo isso indispensável para a continuidade de cuidados. Este sistema está disponível em Portugal sendo certificado por uma entidade norte-americana independente. O Soarian Clinicals é um: ... *“Sistema de informação para gerir fluxos de trabalho na área da saúde que permite aos médicos ou outros prestadores de cuidados registar e acompanhar os seus processos”* e trás também vantagens na gestão do risco e da farmácia ... *” dispensar medicamentos com exactidão e eficiência e permite à equipa de enfermagem verificar diversos dados quando administra medicamentos, tais como se é o paciente correcto, se está a receber o fármaco na altura e com a frequência adequadas e quais são as vias de administração e dosagens.”*

O sistema implementado permite, assim, que os processos dos clientes estejam permanentemente actualizados, pois a informação vai sendo introduzida com uma rapidez ímpar, sendo por esse facto geradora de ganhos de eficiência.

Neste estágio, frequentemente, estivemos perante clientes/familiares com uma “abordagem exigente”, solicitando mais informação sobre a evolução da sua situação clínica ou do seu familiar. Face a estas situações fui progressivamente sendo mais interventiva pois conhecia os recursos existentes e os processos envolvidos tendo a minha prestação contribuído para um acolhimento eficaz. Talvez por ter, ao contrário de

muitos dos enfermeiros que ali trabalham, alguns anos de experiência profissional, que me moldaram numa atitude mais calma e disponível, senti ter sido esta postura facilitadora na relação de empatia estabelecida tanto com os clientes como com os familiares. Deste modo avaliei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente e demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família.

Por outro lado, tendo já experiência em cuidar de doentes em situação crítica em que o diagnóstico ia na direcção de patologias diversificadas, constatei que as situações atrás referidas foram relativamente fáceis de ser geridas. Em relação á equipa de enfermagem, maioritariamente jovem e com poucos anos de profissão, alguns no entanto são peritos nesta área tendo exercido funções em Serviços de Urgência de outros Hospitais Centrais. Os contratos são negociados individualmente. Apesar de me aperceber que quem exerce funções nesta Instituição deverá dar á abordagem ao cliente um valor especial não me pareceu ser esta a acção que idealizamos no cuidar ao outro. O ambiente era muitas vezes de algum “receio” face ao cliente que tinham á sua frente. Mantive-me durante todo o estágio particularmente atenta ao atendimento ao cliente e á família pois apercebi-me que era a grande aposta ou seja faria toda a diferença face a outras Instituições Hospitalares. Por outro lado rapidamente me apercebi do desconhecimento que as pessoas têm em relação aos seguros de saúde que possibilitam a ida a estas Instituições. Foi particularmente difícil para mim gerir situações em que quando os clientes não tinham dinheiro ou cheque disponíveis no valor de 2000 euros não poderiam ficar internados sendo este facto impeditivo da continuidade de cuidados pelo que alguns foram reencaminhados para outros hospitais. Como é exemplo, uma jovem com o diagnóstico de apendicite aguda em que o pai após ter sido encaminhado para o funcionário administrativo se apercebeu que o seguro não contemplava o valor da cirurgia e a jovem bastante queixosa me questionou sobre a não possibilidade de ser operada neste hospital. Outra situação referida e ilustrativa neste hospital aconteceu com a admissão de uma senhora enfermeira reformada, com um quadro de insuficiência cardíaca associada a dor abdominal e que após realização de alguns exames complementares de diagnóstico foi diagnosticada uma neoplasia, sendo chamado

marido e imediatamente foi pedida carta para seguirem para outra Instituição Hospitalar. Para conseguir “lidar” com estas situações procurei ter numa atitude assertiva com os clientes e familiares, estando disponível para ajudar, responder às suas dúvidas e em situações mais complexas procurar em conjunto com a orientadora solucionar os problemas (por exemplo uma cliente alemã, admitida por dor abdominal, que veio apenas visitar o filho e não tinha nenhum seguro de saúde), solicitamos a presença de uma tradutora, e disponibilizamos informação sobre outras unidades hospitalares. Perante estas situações muitos dos colegas afastavam-se, sentando-se atrás de um balcão, observando as sucessivas entradas dos funcionários administrativos para resolução dos problemas monetários e finalmente quando a resposta era não vai ficar internado aproximavam-se para ajudar! Consegui pois demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente, e todas estas intervenções avançadas possibilitaram a aquisição de competências na abordagem de questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família.

Em relação às transferências dos clientes do Serviço de urgência para outras Unidades apenas são acompanhados por enfermeiros os que vão para a Unidade de Cuidados Intensivos ou para Unidade de Cuidados Intermédios, os restantes a transmissão de toda a informação relativa ao cliente é feita por telefone e a acompanhar o doente vai apenas o assistente operacional!

“You reached the target, but missed the point” é sem dúvida a expressão que se adapta a esta realidade.

Numa situação de doença, seguramente, estes aspectos não ajudam nem o cliente nem os familiares. Tal como refere HESBEEN, W (2000, p.6) ... *“É a partir desses lugares que a lógica do cuidar deve ser pensada”*...

Para além das competências já descritas como adquiridas e ou aplicadas este estágio possibilitou-me, também, desenvolver o pensamento crítico e reflexivo através de:

- Discussão e análise de problemas relacionados com a situação de doença do cliente (patologias mais frequentes, terapêuticas utilizadas, procedimentos implementados, questões burocráticas muito particulares desta Instituição) com o enfermeiro orientador e com outros profissionais da equipa multidisciplinar;

- Aplicação e mobilização dos conhecimentos obtidos, principalmente na área da reanimação e abordagem ao doente de médio risco partilhando com a equipa informação actualizada nesta área;
- Promoção de momentos de reflexão sobre receios, momentos de insegurança e fragilidades identificadas que foram indispensáveis para terminar este percurso com satisfação.

Devido ao facto de ser Responsável por um Serviço foi, também, importante partilhar com a Enfermeira Responsável pelo AMP estratégias de Gestão implementadas neste Serviço. Falámos sobre formas de gestão das pessoas, equipamento existente, questões relacionadas com a logística, Área da Formação, Indicadores de Qualidade, concluindo que vamos na direcção de uma procura activa e continua de oportunidades de melhoria embora estejamos em realidades diferentes.

Foi referido pela Orientadora e a Enfermeira Responsável pelo AMP que seria pertinente a realização de algumas normas de procedimentos dando resposta a potenciais problemas relacionados com a admissão de doente crítico deixando desta forma o contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente de médio e alto risco e família. Assim tal como estava previsto no projecto os procedimentos elaborados e divulgados foram os seguintes:

- “Orientação/Integração de estudantes de enfermagem”, (Anexo I).
- “Actuação perante o cliente com Acidente Vascular Cerebral”, (Anexo II).
- “Actuação perante o cliente com Síndrome Coronário Agudo”, (Anexo III).

A Enfermeira Responsável pelo AMP solicitou uma adaptação destes procedimentos ao sistema de classificação de actividades autónomas e interdependentes construídos no sentido de dar continuidade a um trabalho já iniciado. Estes procedimentos são instrumentos que permitiram a prestação de cuidados diferenciados, ou seja, sistematizam estratégias de intervenção capazes de dar resposta às necessidades do cliente e que simultaneamente contribuem para o aperfeiçoamento contínuo da prestação de cuidados. A elaboração destes procedimentos revelou-se pertinente face à equipa jovem e às poucas situações experienciadas na abordagem a clientes críticos.

Com a elaboração dos documentos referidos foi possível gerir e interpretar de forma adequada informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.

Na continuidade do estágio também demonstrei disponibilidade para fazer formação em Serviço, quer na área da reanimação quer na divulgação dos procedimentos elaborados, mas, a Enfermeira Responsável referiu que no contexto actual os profissionais estavam pouco receptivos á Formação em Serviço, facto que eu própria tive oportunidade de verificar, pois numa formação em Serviço cujo tema era “Cuidados a ter na punção de Implantofix”, apenas estive presente eu e uma enfermeira do Serviço.

Por estarmos perante uma equipa jovem reflectimos e percebemos bem a aplicabilidade do modelo de BENNER (2001), no seu livro “*De Iniciado a Perito*”, em que descreve um modelo de evolução e desenvolvimento de competências estruturado em cinco estádios (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito). Este fenómeno evolutivo de aquisição de competências é referido por PHANEUF (2005), que apresenta ainda a definição de competência clínica em enfermagem como... *“um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentos, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”*.

Para além do que já foi descrito as competências adquiridas no estágio no AMP do Hospital da Luz foram as seguintes:

Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar – Estive sempre disponível, com iniciativa nas acções necessárias á prestação de cuidados especializados tendo por base no desempenho a proactividade. Diariamente partilhava conhecimentos adquiridos, sendo o esclarecimento dado a enfermeiros, pediram para falar-lhes de hemodiálise, dos acessos das técnicas mais frequentes. Em relação á equipa médica, esta também jovem partilhei trabalhos feitos na UCIP de HSM e trocávamos informações sobre alguns fármacos e intervenções terapêuticas.

Demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Urgência/Emergência – por toda a formação continuada realizada nesta área, dado ter sido uma preocupação constante de que enquanto presto cuidados de enfermagem, todas as intervenções eram fundamentadas em conhecimento actualizado.

Zelei pelos cuidados prestados de uma forma sistemática. Muitas pessoas que recorrem a esta Instituição têm recursos financeiros suficientes, mas também como já referi alguns desconhecem o conteúdo dos seguros ou quando recorriam não pensavam que iriam ficar internados. Saber estar, saber ouvir, transmitir informação com calma e clareza e acima de tudo estar disponível. É esta a atitude que tenho sistematicamente e portanto neste contexto não foi diferente. Procurei muitas vezes envolver os colegas nesta vertente do cuidar.

Desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente. Rapidamente fiz um levantamento dos recursos e equipamentos existente, material de consumo clínico, produtos farmacêuticos, sistema de acesso e registo de toda a informação relacionada com o doente. No início dos turnos organizava plano de trabalho com a orientadora e depois tudo era fácil estando sempre atenta a situações de possível aprendizagem e pesquisas frequentes. Facilmente tive acesso às políticas, normas e procedimentos desta Instituição. Deixei como já referi o contributo da alteração da política de reanimação.

Avaliei a adequação dos diferentes métodos da análise de situações complexas relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.

Promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. Como referi estava perante uma equipa muito jovem em que apenas alguns tinham alguma experiência na área da urgência. À medida que me fui integrando fui criando espaços para partilharmos informações e conhecimentos. Alguns enfermeiros ao saberem que era Responsável por um Serviço, questionavam sobre gestão, ventilação mecânica, hemodiálise, ou sobre alguma técnica mais recente na Unidade de Cuidados Intensivos como por exemplo cateter PICCO e quais as informações que poderemos obter através

deste novo dispositivo. Partilhei com eles a formação em serviço realizada na UCIP de HSM e disponibilizei informação relativa às diferentes técnicas.

Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas. Situações identificadas com alguma gravidade conseguia através de utilização de conhecimentos teóricos/práticos adquiridos, encontrar as respostas mais adequadas;

Tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas. Na prestação de cuidados, na abordagem ao doente e família, na comunicação com outros elementos da equipa multidisciplinar todo o discurso era fundamentado.

Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Comunicar “más” notícias é frequentemente difícil, comunicar que não podemos continuar a cuidar de outro porque a falta de recursos pecuniários assim o ditam não é menos penoso.

Produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei, tendo sido esse o meu fio condutor tanto na abordagem ao doente e família como quando partilhava informação e conhecimento com outros elementos da equipa multidisciplinar.

Voltar ao papel de “aluno” o que para quem tem como funções ser Responsável por um Serviço com uma equipa, não foi fácil, ter estado envolvida em vários factores entre eles ter perdido alguma destreza manual e o estar integrada numa equipa jovem, também não ajudava. Mas esta era a realidade e eu estava muito motivada para a conhecer e sobretudo para poder mobilizar todo o conhecimento adquirido. Como futura enfermeira especialista procurei em cada dia de estágio não só o entendimento profundo da situação da Pessoa (conhecimento das diferentes variáveis implicadas e implicáveis, numa

abordagem holística) como também de uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do “Cliente”.

Este estágio permitiu-me desenvolver estratégias adaptativas e de intervenção nunca vivenciadas e com grande significado tanto pessoal como profissional.

Para além das competências que desenvolvi fica o que aprendi, o que experienciei, o que partilhei e acima de tudo o que modifiquei em mim e nos outros.

Por tudo o que foi descrito, considero ter atingido os objectivos a que me propôs e contribuído para uma melhoria dos cuidados ao cliente urgente / emergente através da partilha sistematizada de conhecimentos actualizados, elaboração de procedimentos e da abordagem que deve ser disponibilizada ao cliente independentemente do seu Sistema de Saúde.

1.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - CREDITADO

A UCI do HSM é uma unidade polivalente de nível III vocacionada para tratar doentes médicos e cirúrgicos, integrada na Área dos Cuidados Intensivos e Urgência do CHLC. Tem como missão a prestação de cuidados altamente diferenciados, dando resposta às necessidades dos doentes adultos que apresentam falência de um ou mais órgãos ou sistemas, necessitando de apoio tecnológico e de cuidados médicos e de enfermagem permanentes.

A não realização do estágio de Cuidados Intensivos deveu-se ao facto de como já referi ter sido creditado. Possuo experiência profissional relevante na área, pois, exerço funções na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do HSM desde a sua abertura ou seja desde 1991, exercendo o cargo de Responsável pela mesma desde 2006. Antes da abertura da respectiva Unidade desempenhei ainda funções na UUM do Hospital de S. José e na Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica do Hospital de Santa Marta.

Para além desta experiência profissional consolidei também conhecimentos teóricos nesta área através das seguintes formações:

-Curso de Formação Profissional de Técnico de Urgência e Emergência Médica na Fundação Hospital de Urgência que me possibilitou aquisição teórica em todas as vertentes da Área da Urgência e Emergência Médica.

-Curso de Diferenciação em Hemodiálise para enfermeiros na Clínica de Doenças Renais que me possibilita ter uma resposta eficiente perante o doente com necessidade de qualquer técnica de depuração renal;

-Curso teórico -Prático de Ressuscitação Cardio - Respiratória no HSM - fundamental para iniciar manobras de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida;

-Curso de Formação Pedagógica de Formadores no HSM que me possibilitou:

- ♦ Compreender os processos e metodologias que caracterizam a formação;
- ♦ Compreender o papel do Formador em diversos contextos;
- ♦ Conhecer as competências que um Formador deve possuir;
- ♦ Preparar, desenvolver e avaliar sessões de formação;

♦ Desenvolver competências de facilitação/dinamização da aprendizagem, nomeadamente técnicas de comunicação, métodos e técnicas pedagógicas e animações de grupos.

- Curso de Código do trabalho para Chefias no HSM- que me possibilitou como Responsável de Equipas ter suporte legal actualizado e partilha-lo com toda a equipa;

- Curso de Auditores Internos da Qualidade e Auditoria Clínica no departamento de formação do HSM. Através desta formação e das auditorias que realizei constatei que esta é uma metodologia que consiste na análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados, que implica a identificação de problemas, a definição de medidas de melhoria, implementação destas medidas e avaliação, podendo ser aplicada a estruturas, processos e práticas tendo como finalidade a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, percorrendo o caminho do cuidar.

- Frequência na Licenciatura em Gestão na Universidade Autónoma de Lisboa - onde adquiri conhecimentos para gerir recursos e pessoas de maneira adequada;

- Pós-Graduação em Enfermagem em Cuidados Intensivos tende sido esta fundamental para consolidação de mais conhecimentos.

Para além da experiência profissional da prática foi fundamental no meu percurso profissional ter sempre sido enriquecido com formação contínua tendo adquirido seguramente conhecimento que me possibilitam ver muitas vezes diversas situações com olhar diferente.

Em relação à Instituição e do Serviço onde desenvolvemos competências de enfermeiro especialista, trata-se inicialmente do convento de Santa Marta, fundado no século XVI, iniciando funções ao serviço da saúde em 1890, passando a ter a designação de Hospício dos Clérigos Pobres, acolhendo e tratando as vítimas da epidemia de gripe. Posteriormente, em 1903, passou a funcionar como anexo ao HSJ, integrando o Grupo dos Hospitais Cíveis de Lisboa, com o objectivo de tratar doenças venéreas. Oficialmente, em 1910, foi aplicado ao HSM a função de Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, tendo, alguns anos depois, tomado a denominação de hospital Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa. Em 1954, as actividades escolares são

transferidas para o Hospital de Santa Maria e o Hospital de Santa Marta é reintegrado nos Hospitais Cíveis de Lisboa. O HSM resulta de um conjunto de três edifícios construídos em momentos distintos: século XVI e XVII; 1908;1985. Está localizado no centro de Lisboa, com uma população de características urbanas. A sua área de influência estende-se a Lisboa, Sul do País, Ilhas e Palop`s, sendo ainda, uma Instituição de referência directa para outras unidades de saúde. Actualmente está vocacionado para as especialidades Cardiovascular e Pneumológica com uma actividade intensa nos sectores da assistência, ensino e investigação.

A Direcção do HSM, no âmbito de uma experiência de qualidade, promovida pelo Instituto de Qualidade em Saúde, assinou em Setembro de 1999, um protocolo com o King`s Fund, para a instalação de um sistema de promoção e avaliação da qualidade. Este projecto baseava-se na análise da conformidade da prática da Instituição com um conjunto de padrões estabelecidos e que permitiria assegurar o patamar da qualidade desejado. O objectivo era o da Acreditação que foi conseguida e mais recentemente em 2010 o Hospital é Reacreditado.

As unidades de cuidados intensivos são sectores providos de equipamento e pessoal especializado auxiliado por tecnologias especiais com o intuito de lutar contra as situações que colocam em risco a vida dos utentes em que o objectivo fundamental é a normalização das funções vitais, proporcionando cuidados de enfermagem contínuos de elevada qualidade, respondendo às necessidades bio-psico-sociais do indivíduo como ser único. O papel do enfermeiro é fundamental para o êxito da UCI, pois é através de uma observação contínua da situação do doente em constante alteração, que se situa numa posição única para identificar problemas e prestar os devidos “cuidados”, tanto ao nível do tratamento, como ao nível de intervenção e prevenção de situações de risco.

A UCIP do HSM abriu em Julho de 1991 com capacidade física de oito unidades, em que só seis estão activadas, distribuídas pela sala 1 com quatro unidades e a sala 2 com duas, existindo ainda uma terceira sala para realização de técnicas dialíticas ou colocação de cateteres ou realização de fibroscopias de outros doentes de outros Serviços de Internamento. Cada unidade está devidamente equipada no que respeita ao cumprimento de normas para uma unidade de nível III. Possui luz natural, com presença

de janelas em todas as salas de internamento. A individualização das diversas unidades é feita através de divisórias, que isolam completamente um doente do restante serviço. O método de trabalho utilizado é o método de trabalho em equipa, que exige uma coesão da mesma, baseada no respeito mútuo, nas capacidades de cada um e na cooperação de todos para um objectivo comum. O método de distribuição de trabalho utilizado é o individual, que consiste na atribuição de o máximo dois doentes, aos quais o enfermeiro deverá prestar todos os cuidados necessários. A utilização desta metodologia, não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa. A passagem de turno assegura a garantia da continuidade dos cuidados. As informações de todos os doentes internados são transmitidas pelos enfermeiros que estão de saída, a todos os enfermeiros do turno seguinte, bem como outras informações/ocorrências relativas ao bom funcionamento do Serviço. Cada enfermeiro através do enfermeiro responsável de equipa, tem conhecimento após a passagem de turno de quais os doentes que lhe são atribuídos. Trata-se de um serviço complexo tanto ao nível da prestação de cuidados como da gestão dos recursos humanos e materiais, onde trabalha um vasto grupo de profissionais das mais variadas áreas, constituindo uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistente administrativo, dietista, fisiatra, fisioterapeutas, psicóloga). A sua área de prestação de cuidados engloba doentes de uma faixa etária, predominante adulta e idosa provenientes dos diversos serviços de internamento da Instituição e extra Instituição, com diversas patologias sendo de salientar as de foro médico - cirúrgico vascular e cardio-torácico, pneumológico, e renal com necessidade de técnicas dialíticas.

Como referi anteriormente iniciei as minhas funções na área dos cuidados Intensivos em 1991. De 1992 a 2002 fui Responsável por várias equipas tendo colaborado no processo de integração de novos profissionais. No período de 2002 a 2006 passei a colaborar na Gestão da Unidade ao nível da Gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais e posteriormente desde 2006 assumi funções de Responsável da mesma. Para além da Formação na área de Enfermagem, a área da Gestão também teve um lugar particular. À medida que era Responsável por determinadas funções era para mim imprescindível fazer formação mais dirigida para esta área tendo sido crucial o conhecimento adquirido nalgumas disciplinas tais como: Gestão de Recursos Humanos,

Gestão da Produção, Planeamento e controlo de Gestão, Organização de Empresas, Comportamento Organizacional, Instrumentos e Mecanismos de Gestão, Direito empresarial e Direito Económico.

Especial atenção e importância foram dadas ao facto de acreditar que as formações que adquirimos devem ser replicadas. Para o fazer da maneira mais correcta frequentei o curso de formação para formadores e tenho participado ao longo de todo este tempo como formadora nesta área expondo sobre os seguintes temas:

- Ventilação Mecânica não invasiva e invasiva;
- Comunicação com o doente ventilado;
- Equilíbrio Hídrico e electrolítico;
- Avaliação e Suporte Nutricional;
- Técnicas de substituição renal (tendo experiência profissional prática nesta área desde 1989 até á presente data);
- Comunicação com o doente e família e Comunicação na equipa de saúde.

Desde que assumi as funções de Responsável da UCIP, elaboro e, dinamizo a formação em Serviço.

Na área da investigação participou no 2º Projecto Europeu de Unidades de Cuidados Intensivos “Euricus II” com grande envolvimento de toda a equipa multidisciplinar.

Após esta descrição poderemos reconhecer como competências adquiridas na área as seguintes:

- Liderou/ lidera equipas de prestação de cuidados especializados na área dos Cuidados Intensivos;
- Têm espírito de iniciativa e é criativa na resolução de problemas nesta área motivo pelo qual desde 1992 é Responsável por equipas de enfermagem e assistentes operacionais;
- Promove a investigação em Serviço nesta área, participando em vários projectos para a Área dos Cuidados Intensivos do CHLC, nomeadamente no âmbito do controlo de infecção e mais recentemente na construção de Indicadores de Qualidade.
- Exerce diariamente supervisão do exercício profissional dos cuidados de enfermagem prestados no seu ambiente de trabalho;

- Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo de modo a estimular a equipa que lidera com o objectivo de fazer sempre melhor face ao doente e família, fazendo das passagens de turno momentos importantes de discussão e reflexão sobre as práticas;
- Realiza a gestão de Cuidados como descrito anteriormente;
- Identifica as necessidades formativas na área dos Cuidados Intensivos e elabora juntamente com os Responsáveis pela formação e os enfermeiros Responsáveis pelas respectivas equipas o plano anual de Formação em Serviço;
- Colabora no processo de integração de novos profissionais partilhando sempre o conhecimento adquirido.

Este estágio foi creditado e acredito que este percurso formativo teórico e prático seja um caminho para podermos cuidar, pois, aliado a toda uma experiência da prática houve sempre preocupação na procura do conhecimento científico e do dia-a-dia esta mais valia é disponibilizada a toda a equipa multidisciplinar. Exemplos da prática diária das acções que podem contribuir para o verdadeiro cuidar são: apesar de existir horário das visitas somos disponíveis para visitas fora das horas estabelecidas; existe um telefone portátil que quando é possível os familiares e ou amigos podem falar com o doente; é dado no início do internamento um folheto informativo sobre o funcionamento do Serviço, os enfermeiros são estimulados a estar junto dos doentes pelos quais são responsáveis no sentido de minimizar os receios e angústias dos familiares face a todo o equipamento utilizado, no momento da transferência/alta é dado um questionário de avaliação de toda a equipa e recursos existentes e os familiares são sempre informados. Com estas pequenas acções introduzidas nos contextos de cuidados contribuímos para uma atmosfera de humanização e melhoramos a qualidade real do serviço que se oferece.

Independentemente do Sistema de Saúde cuidamos, numa atitude cada vez mais crescente não do racionamento mas sim no combate ao desperdício e na utilização de recursos que cada vez mais vamos tomando consciência que não são ilimitados. Como enfermeiro especialista nesta área assumi um compromisso com o meu próprio desenvolvimento profissional, sendo capaz de implementar processos educativos dos outros membros da equipa proporcionando condições para que haja

benefício mútuo para o profissional e para a pessoa que cuidamos. Como especialista nesta área facilmente dispomos de habilidades e competências que nos permitem desenvolver as nossas funções eficazmente aliando o conhecimento técnico científico ao domínio da tecnologia e majorando a humanização e individualização do cuidado.

Tal como HESBEEN, W (2000, p.2)... *“O meu fio condutor do meu discurso será o cuidar, pois, como outros, sinto hoje a necessidade, diria mesmo a urgência, de reflectir e de agir com vista a contribuir para um sistema mais autêntico e generosamente humano”*...É seguramente através desta reflexão sistemática que reside a diferença entre «fazer» cuidados ao cliente e cuidar dos nossos doentes.

1.3 COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO DO HDE

A escolha da Comissão de Infecção do HDE deve-se ao facto de como já referi este hospital evidenciar a História da Pediatria em Portugal. É um Hospital Central, especializado no atendimento materno-infantil integrado no grupo – Centro Hospitalar de Lisboa Central do qual faz parte o hospital onde exerço funções -HSM, sendo a unidade de referência em pediatria, para a zona do Sul do país e ilhas.

Em várias unidades curriculares leccionadas durante o período teórico falamos na vertente pediátrica, daí a escolha desta Instituição. E porquê da escolha desta Instituição?

Em 2007 o Hospital Dona Estefânia recebeu o prémio Merck Serono de Gestão da Qualidade em Saúde por ter reduzido em 60% a taxa de Infecção provocada pela utilização de cateteres em recém-nascido.

A melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados é o objectivo do meu percurso formativo, privilegiando muito a área do controlo de infecção. Um assunto de relevância nos nossos dias é a infecção que é adquirida durante o internamento, daí a grande importância de todo o trabalho desenvolvido pelas Comissões de Controlo de Infecção.

De referir que colaboro frequentemente na elaboração de diversos procedimentos no CHLC mas nunca em nenhum no âmbito da Pediatria daí prosseguir este novo desafio.

A temática do controlo da infecção sempre foi uma área que me estimulou pela sua importância e relevância no que respeita á sua grande aplicabilidade na prática diária. Fui desde 1999 até 2006, elo de ligação á CCIH do HSM, com o objectivo de colaborar com a respectiva Comissão, coordenando a dinamização no Serviço de Medicina e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Concomitantemente frequentei o curso de “ Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar” que me possibilitou a aquisição dos seguintes conhecimentos:

- ♦ Descrever os princípios a ter em conta no desempenho das minhas funções, no que se relaciona com a prevenção e controlo da infecção hospitalar;

- ♦ Identificar factores de risco no âmbito da infecção hospitalar;
- ♦ Identificar medidas de prevenção e controlo da infecção hospitalar;
- ♦ Descrever os procedimentos a executar perante incidentes, no âmbito da infecção hospitalar.

Outro factor motivador para a realização deste estágio prende-se com o facto de ter sido durante um módulo teórico deste Mestrado, i dada bastante ênfase a esta área temática. A aquisição de todo este conhecimento científico possibilitava que seria possível colocar em prática, agora numa realidade diferente.

Desde 2006, trabalho directamente com os elos e a Comissão estando sempre previsto no Plano de Formação em Serviço diferentes áreas temáticas para os diversos grupos profissionais relacionadas com a área do controlo da Infecção como por exemplo “Cuidados de Enfermagem ao doente com cateter venoso central”, “Cuidados de Enfermagem ao doente com algaliação”, “Higienização da unidade do doente”...

Dentro de um hospital, todos os profissionais que directa ou indirectamente estão em contacto com o doente, assumem um papel importante na prevenção e controlo da infecção, pelo que é essencial compreenderem como esta se propaga e quais as medidas a tomar para a sua prevenção / controlo. Neste contexto, torna-se necessário, sensibilizar e formar os profissionais de saúde nesta área, no sentido de melhorar continuamente o seu desempenho, contribuindo desta forma para o incremento da qualidade dos cuidados prestados.

O objectivo principal definido para este estágio era o de desenvolver competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, numa Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar.

Como objectivos individuais defini:

- Conhecer a estrutura e articulação da Comissão de Controlo de Infecção do HDE com todos os Serviços Clínicos e não Clínicos;
- Realizar intervenções de enfermagem no âmbito da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica;

- Contribuir para a prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente de médio/alto risco e família.

Acreditando que as intervenções nesta área têm como objectivo melhorar a qualidade dos cuidados prestados, cabe, pois, à Comissão de Controlo de Infecção dar resposta às necessidades de toda uma população Institucional, no sentido de promover a prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde. Segundo MARTINS, M (2001, p.58):

*...“Controlar significa ter conhecimento ou domínio fiscal e administrativo da matéria ou situação”...” Controle da Infecção hospitalar significa conhecer a situação real do problema e implementar medidas que a solucionem ou a coloquem em um plano aquém da média aceitável”...”Esse controle é feito por profissionais vinculados a uma comissão de nível elevado, eleitos pela competência e, portanto, capazes de equacionar o problema e dar-lhes um **caminho mais seguro**”.*

Perante isto, tem a CCI um papel fundamental actuando num ambiente onde por vezes, o stress e situações de urgência não facilitam a implementação de medidas correctivas pois refere ainda o mesmo autor... *“Faz parte das atitudes do homem resistir a, ou não acatar, determinações que venham de fontes que não estejam de acordo com as suas convicções ou quando não participa daquelas...”*. Em qualquer dessas três situações o prejuízo fica com o doente, que não recebe o melhor; com o hospital, que pode gastar duas vezes para um só objectivo, e com o profissional, que se desgasta porque, além de enfrentar um estado estabelecido, tem de desdobrar-se para resolver o problema do doente, mesmo contracorrente.

Como estratégia inicial para a consecução dos nossos objectivos optamos por conhecer as funções atribuídas á CCI e ao enfermeiro que desempenha estas funções.

A Comissão de Controlo de Infecção tem a responsabilidade global de manter procedimentos eficazes para evitar e controlar as IACS. As funções atribuídas à CCI são as seguintes:

- Elaboração e divulgação de Recomendações e/ou Normas;

- Monitorização do cumprimento das normas e das práticas;
- Promoção de um Programa de VE: de resultados, de estrutura e de processo, de acordo com as necessidades Institucionais e com as propostas de VE a nível nacional pela DGS;
- Divulgação em tempo útil aos Serviços, dos resultados de estudos, de auditorias e dos Programas de registo de infecção;
- Formação a todos os grupos profissionais (em colaboração com a área de Gestão da Formação);
- Dar pareceres técnicos;
- Colaboração na selecção de materiais e equipamentos, anti-sépticos, desinfectantes entre outros;
- Visitas aos Serviços com regularidade para detecção de problemas;
- Colaboração e contactos com outras CCI de outras Instituições.

Cabe ao enfermeiro da CCI:

- Colaborar no planeamento e implementação dos programas de vigilância epidemiológica propostos pela Direcção-Geral da Saúde;
- Detectar casos de infecção em articulação com o Laboratório de Patologia Clínica, com os Serviços Farmacêuticos e com os interlocutores ou membros dinamizadores em cada área funcional;
- Identificar necessidades de intervenção na área da vigilância epidemiológica e apresentar propostas para a sua implementação;
- Participar na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos relacionados com a área de controlo da infecção e orientar e supervisionar a sua divulgação;
- Propor reuniões e outras medidas complementares e/ou de carácter urgente, em situações específicas (exemplo em situações de surto), aquando da ausência do coordenador ou seu representante;
- Planear e aplicar sistemas de monitorização do cumprimento das normas /recomendações;

- Manter contacto permanente com os vários departamentos, serviços e unidades, com o objectivo de detectar problemas, colher dados importantes, orientar e supervisionar as actividades propostas pela CCI;
- Identificar as necessidades na área da formação multidisciplinar e planear e desenvolver acções de formação que abranjam todos os grupos profissionais e participar nessas acções de formação ou cursos como formador, em coordenação estreita com o Centro de Formação da Instituição;
- Colaborar na selecção dos formadores e conteúdos temáticos que entender adequados de acordo com as áreas a abordar e os grupos profissionais envolvidos,
- Colaborar na elaboração de planos de acção e de relatórios de actividades;
- Identificar, planear e implementar acções de sensibilização e motivação dos pares e de outros grupos profissionais para as boas práticas;
- Colaborar na investigação e controlo de surtos em articulação com os restantes membros da CCI;
- Colaborar nos processos de recolha e divulgação da bibliografia actualizada;
- Colaborar no planeamento e implementação de eventos científicos e ou investigação a nível nacional e internacional.

Estas informações possibilitaram a aquisição de conhecimento acerca da estrutura, organização e funcionamento da CCI e assim seria possível concretizarmos um dos objectivos delineados. Outros objectivos que nos propusemos foram: contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, através da participação em auditorias, elaboração e ou revisão de normas de procedimentos e participar nas jornadas na âmbito do Controlo de Infecção do HDE. Segundo BOLICK (2000, p.123):

“O profissional especializado em controlo de infecção participa do desenvolvimento das políticas e dos procedimentos, da educação, do controle de qualidade, do aperfeiçoamento, da consultoria e das investigações sobre possíveis surtos de infecção. Esse profissional também pode colher, organizar e analisar dados.” A mesma autora refere ainda:

“A cada dia que passa, acumulam-se evidências que mostram que os profissionais de saúde têm mais tendência a transmitir infecções aos pacientes por meio das mãos. Assim, a acção isolada mais importante que

você pode fazer para evitar que os pacientes adquiram infecções é lavar cuidadosamente as mãos a intervalos frequentes.”...”Educação é outra estratégia preventiva fundamental. Sempre que surgir oportunidade, lembre-se de orientar os pacientes quanto às medidas que eles podem tomar para evitar infecções e melhorar suas defesas naturais”.

Sendo este pelo atrás referido um **caminho do cuidar**.

A orientadora do meu estágio era enfermeira especialista, com anos de experiência na sua área de intervenção, proporcionou no primeiro dia de estágio uma visita guiada pela Instituição e de seguida uma reunião onde discutimos os objectivos de estágio e onde me foi feita uma apresentação da estrutura, organização e funcionamento da Comissão. A motivação era crescente e nos primeiros dias tinha, já, toda a informação sobre Regulamento Interno da Comissão, Organograma, Plano de actividades para o ano em curso, Plano de Auditorias, Funções dos diversos elementos que constituem a comissão, programa informático através do qual tínhamos acesso a informação enviada pela microbiologia.

Neste tempo de estágio trabalhámos com várias equipas, estabelecíamos frequentemente contacto com estas equipas desde um simples contacto telefónico para uma primeira abordagem até seguidamente visitas sistemáticas a diversos Serviços de internamento ou não, sendo exemplo as visitas frequentes à farmácia, Serviços hoteleiros, Parque dos resíduos, rouparia - demonstrei capacidade de trabalhar com várias equipas que se articulam com a CCI. Durante estas visitas era notório a importância dada ao papel desempenhado pela enfermeira Responsável pela Comissão. Todos estes momentos foram vistos como oportunidades de partilha e possibilitaram-me produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os diversos problemas apresentados à CCI.

Concomitantemente durante o período de estágio o HDE estava no processo de Recreditação. Aproveitei esta semana de auditorias para fazer o maior número de horas de estágio, pois como tinha em Junho de 2010 colaborado neste processo de Recreditação no HSM esta seria uma oportunidade para participar e colaborar nesse processo. À medida que os auditores iam aos diversos Serviços, novas questões

chegavam a esta Comissão e todos os problemas que surgiam foram interiorizados como oportunidades de partilha de pesquisa e na procura de respostas rápidas, pude assim demonstrar capacidade para sensibilizar e dinamizar os profissionais de saúde para uma prática de excelência. Por exemplo foram identificados problemas na farmácia em relação a má higienização na câmara de fluxo laminar e de imediato falei com a orientadora e elaborei um procedimento sectorial e aproveitei para partilhar com os visados que estes processos devem ser sempre interiorizados como factores que contribuem para a melhoria contínua.

Um outro objectivo deste estágio seria o de participar com a CCI nas actividades planeadas em relação á área da Formação. No Plano da CCI estavam estruturadas formações em sala direccionadas para o grupo profissional das Assistentes Operacionais. Estas acções formativas tinham como objectivos, transmitir conhecimentos relacionados com o controlo da Infecção, como por exemplo adequada utilização dos equipamentos individuais de protecção, vias de transmissão da infecção, correcta utilização de produtos de limpeza e desinfeção. Estas formações eram extremamente dinâmicas com assistentes operacionais dos quatro hospitais que integram o CHLC e por isso com rotinas e procedimentos em alguns casos bastante diferentes. Nestas formações tive oportunidade de partilhar informação da minha experiência pelo facto de ter sido elo de ligação a uma CCI, mobilizei conhecimentos teóricos e demonstrei espírito de iniciativa envolvendo os formandos e fui criativa na resolução de problemas levantados e que como referi estão frequentemente relacionados com as diversas realidades onde exercem funções.

Estive sempre presente em todas as reuniões da Equipa da CCI e nas reuniões com os elos de ligação. De referir como ilustrativo o facto de numa reunião com a Presidente da Comissão ao ter sugerido que neste tipo de auditorias necessárias para a Reacreditação deste hospital, seria muito importante dar visibilidade do que foi feito por esta Instituição tanto para dentro como para fora de portas e sabia do intercâmbio que tinha existido entre a Comissão e o Hospital Pediátrico David Bernardino em Luanda através da elaboração do Manual de Controlo de Infecção, tomei pois decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas. Na

reunião que a presidente da CCI teve com os auditores este facto foi transmitido aos auditores e muito valorizado por estes.

Um outro objectivo para este estágio era o de rever e ou elaborar procedimentos no sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem diferenciados prestados aos doentes e sua família tendo em conta as actuais guidelines. Tal com PAULINO, C et al (2007, p.10), acreditamos:

“....a elaboração de normas e procedimentos contribuem para a melhoria dos cuidados ao doente e à sua família, caminhando no sentido de uma melhor qualidade de vida e melhor adequação social após a doença. Sublinhamos que o carácter independente e colaborativo da prática de enfermagem pode ser consolidado com o recurso à uniformização de procedimentos o que irá contribuir para a identificação e clarificação do papel do enfermeiro”.

Desde 2002 até à data participo na implementação do Projecto de Melhoria da Qualidade do HSM, integrando o Grupo da Qualidade da UCIP. Segundo MARTIN e HENDERSON (2004) “ *Os procedimentos são a forma como a sua Organização exige que certas actividades sejam feitas*”...”os procedimentos são a forma de operar o sistema”.

Elaborei então os seguintes procedimentos:

- Instrução de trabalho -“ Higienização de Câmara de Fluxo Laminar Horizontal” -entregue á Responsável da Farmácia e foi a resposta para problemas surgidos durante a auditoria e dava também resposta a uma carta dirigida ao Conselho de Administração onde se solicitava a resolução de problemas deste local o mais breve possível; (Anexo IV).
- Elaboração de um procedimento Multisectorial para todas as unidades de Cuidados Intensivos do CHLC -“Higienização da Unidade do doente numa UCI”- este procedimento não existia e foi divulgado às respectivas chefias e colocado em execução na UCIP de HSM; (Anexo V).

- Revi e actualizei os seguintes procedimentos multisectoriais. “Recomendações relacionadas com Cateteres Intravasculares” (Anexo VI) e “Prevenção de Infecção Respiratória Nosocomial” (Anexo VII). Para estes procedimentos vão ser nomeados grupos de trabalho pelo que a sua elaboração seja visto como um contributo para uma implementação mais rápida possível.

O objectivo de participar em auditorias, não foi possível realizar devido a todo o trabalho desenvolvido para a Reacreditação. No entanto, como no CHLC sou auditora interna da qualidade elaborei uma grelha de avaliação para futura realização de auditoria ao procedimento que revi sobre recomendações relacionadas com manuseamento de cateteres intravasculares. Inicialmente, a quando da elaboração do projecto de estágio, falei com a orientadora e outro dos objectivos seria o de participar nas jornadas do HDE, no entanto estas não se realizaram por problemas de saúde da presidente da CCI.

A escolha de mais este local de estágio teve como objectivo final a “Qualidade”, ou seja seguir um caminho no sentido da acção do Cuidar com Qualidade. Existem pelo menos duas perspectivas - a do cliente ou do doente e o do prestador ou do enfermeiro. Existem múltiplas definições, todas referem que qualidade é ir ao encontro das necessidades dos clientes ou dos doentes dos Serviços.

Durante todo este percurso formativo este foi o desafio, procurar caminhos diferentes no entanto com apenas um objectivo – o cuidar diferenciado, com disponibilidade, com mobilização de conhecimentos e competências adquiridas. Neste local teríamos uma realidade que já conhecemos - um hospital público. Segundo Pinho (2010, p.41)... “*A necessidade de racionar os cuidados de saúde resulta, nos sistemas públicos financiados, de uma situação onde a procura de cuidados de saúde não restrita pelos preços defronta uma oferta de serviços condicionada pelos custos*”.

Actualmente uma forma que os responsáveis políticos têm de diminuir a responsabilidade pública da provisão de cuidados de saúde é transferindo-a para o sector privado. Contudo aumentaram os co-pagamentos ou a incidência da cobertura privada parece uma hipótese que colide com os princípios da equidade (igualdade de acesso) e da solidariedade e isso podemos constatar no estágio do Hospital da Luz. Durante este

percurso prático contrariamente constatamos que os princípios de equidade são respeitados e através do trabalho desta Comissão podemos ir ainda mais além contribuindo para uma melhoria contínua dos cuidados disponibilizados.

Compete ao enfermeiro especialista em médico-cirúrgica a capacidade de gerir, em simultâneo a melhoria continua dos cuidados e estar envolvido nas actuais mudanças do Sistema de Saúde, atingindo um trade-off entre elas, possibilitando a criação de uma visão, bem articulada (é uma mais valia a articulação disponibilizado com vários grupos profissionais nesta área do CI) providencia orientação em relação àquilo que deve ser preservado e em que direcção deverá observar-se o desenvolvimento da profissão. Só assim poderemos seguir o caminho mais seguro do significado “Cuidar”.

2. CONTRIBUTOS E SUGESTÕES

Este percurso formativo possibilitou a aquisição, mobilização de competências de enfermeira especialista na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este foi um caminho de aprendizagem que se iniciou com a consolidação de conhecimentos teóricos e posterior oportunidade de aplicar nas diversas práticas clínicas. Acreditamos tal como VIEIRA (2009, pag.9), que num futuro próximo os desafios com que os enfermeiros se confrontarão são: *“as mudanças demográfica, a complexidade dos cuidados e a segurança que lhes é exigida numa prática cada vez mais em equipa, as implicações da investigação em enfermagem e a necessidade de formação permanente”*.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente de médio/alto risco era o principal objectivo deste percurso formativo. Tal como é referido no CDE, artigo 78.º... *“A missão do enfermeiro - prestar cuidados – é portanto um apelo à iniciativa, isto é, a um modo de intervenção sempre novo, com um verdadeiro começo em cada acção e na procura incessante da excelência do exercício na profissão em geral e na relação com os outros profissionais”*.

Em relação ao estágio no Hospital da Luz o maior desafio foi o de ter constatado e reflectido sobre o modelo de protecção social que estamos a construir e que talvez não seja o mais justo, racional e equitativo. Reflectir ponderadamente e manter a coerência conceptual do Cuidar, conjugando-a com a construção do possível e do desejável. Desejável seria a “livre escolha” de todos a qualquer serviço de saúde que quisessem utilizar, no entanto sabemos que não haverá dinheiro público suficiente para financiar esta escolha. Este estágio possibilitou-me desenvolver competências na vertente relacional, através da partilha com toda a equipa multidisciplinar de conhecimentos aprofundados na área de Urgência / Emergência e com o cliente e família zelando pelos cuidados prestados através da utilização de uma metodologia de trabalho eficaz e perante situações imprevistas demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação. O caminho do cuidar será sempre aquele do encontro entre o prestador e daquele que necessita dos nossos cuidados. A elaboração dos procedimentos serão

indispensáveis para em situações de doente crítico exista uma resposta eficaz, sendo que terão de ser divulgados e dinamizados. A elaboração do procedimento relacionados com integração/orientação de alunos dará resposta a uma lacuna existente e deverá contribuir para que este processo se faça de forma mais estruturada. O sistema informático implementado permite ter acesso a todo tipo de informação em tempo útil e permite ainda em termos de administração de terapêutica o fazer com segurança. A sua utilização permitiu mobilizar as competências relacionadas com participação, promoção e comunicação dos cuidados prestados e num futuro próximo este sistema ou outro similar será introduzido no CHLC, pelo que esta experiência irá facilitar a sua implementação no Serviço que coordeno.

Em relação ao estágio na CCI do HDE foi extremamente gratificante ter dado o meu contributo para uma fase importante desta Instituição. A Acreditação e Reacreditação de uma unidade hospitalar é importante pois deverá ter por base todo um processo de melhoria continua. Tendo estado envolvida no processo de Reacreditação no HSM, foi fácil mobilizar, participar e sugerir procedimentos que dariam resposta a este processo. Todo este percurso foi sentido como um novo desafio e interiorizado com grande motivação. Os procedimentos revistos e elaborados contribuíram seguramente para a melhoria dos cuidados prestados e relativamente ao da Higienização da unidade do doente na UCI já está implementado na UCIP do HSM.

N o meu local de trabalho actual procuro em cada dia que o desempenho de todos seja num caminho de ir ao encontro do outro que solicita os nossos cuidados, com disponibilidade e competência, com uma atitude não do racionamento mas sim de combate ao desperdício e na eficiente utilização de recursos, que cada vez mais todos vamos tomando consciência que não são ilimitados.

O turbilhar de acontecimentos que hoje nos deparamos foi crescendo silenciosamente. De repente ou quase, uma crise financeira e por inerência uma crise económica associadas a outros indicadores sociais como o aumento da esperança média de vida, de envelhecimento demográfico e de desemprego perturbam decisivamente o caminho de segurança e desenvolvimento.

Como vamos cuidar neste cenário? A mingua de recursos financeiros que iremos ter pela frente, á qual se acrescentam um desequilíbrio de recursos humanos, reclamam reflexão, ponderação e sentido de responsabilidade. Questões como os cortes no orçamento do Serviço Nacional de Saúde para 2011, a magnitude das deduções fiscais, alterações na política do medicamento, podem resultar em efeitos significativos na qualidade dos cuidados de saúde.

Porque não fazer destes tempos difíceis uma oportunidade para renovar os fundamentos da nossa profissão, para reformular as Instituições e as suas relações com a cidadania, anulando rotinas sem futuro.

Questões como: racionamento (num futuro próximo!), estabelecimento de prioridades dos cuidados de saúde, preferência dos indivíduos quando necessitam de cuidados de saúde (que trouxe de novo as entidades hospitalares privadas?), equidade e eficiência (o facto de existir políticas de saúde, procedimentos, normas, ajudam a cuidarmos melhor?), foram o fio condutor deste caminho.

Se olharmos para trás víamos: os portugueses vinham de famílias numerosas, saíam da escola á procura de emprego, frequentemente o mesmo para o resto da vida, os jovens eram o seguro de vida para os mais idosos, conheciam-se vizinhos, andava-se, dormia-se sem comprimidos, envelhecia-se rapidamente mas rodeados de jovens. Hoje: os adultos deixaram de andar e as crianças engordam cedo, os novos desafios são: diabetes, hipertensão, obesidade, doenças crónicas respiratórias, situações cardiovasculares, muitas depressões, demência e muita solidão terminando o ciclo de vida frequentemente só (como vimos na comunicação social chegamos ao ponto de alguém ter permanecido morta em casa durante nove anos...).Não será esta a direcção certa.

Escolhemos **Caminhos diferentes**, procuramos **Novos desafios**, com o objectivo de adquirir e mobilizar **Competências** na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Pretendeu-se por tudo o que referi que mais de que ser enfermeiro especialista esta formação me tenha acrescentado valor no sentido de ver outro de quem cuidamos de uma forma mais global e humanizada. As competências adquiridas só têm significado se

conseguimos coloca-las nas nossas práticas do dia-a-dia partilhando-as com os nossos pares e contribuindo para dignificar a nossa profissão.

Este percurso formativo possibilitou deixar contributos para a melhoria dos cuidados e como sugestão deixo-vos as palavras de TORRES, A.(2010, p.38):

“É pois da maior importância para os profissionais de saúde, estar conscientes destas mudanças e das forças económicas que estão por detrás delas, já que provocam um profundo impacto no futuro do mercado dos cuidados de saúde”...”Ao desempenhar as suas responsabilidades, os profissionais de saúde detêm um duplo papel, o de assegurar cuidados de saúde com qualidade e o da utilização racional dos recursos disponíveis para esses cuidados”.

3. CONCLUSÃO

A realização deste relatório foi o culminar de mais um percurso de aprendizagem tendo a sua elaboração sido muito gratificante pois, não foi apenas uma descrição dos estágios mas possibilitou acima de tudo uma reflexão sistemática do percurso desenvolvido. Desde a elaboração do projecto, a definição dos objectivos, os receios, o conhecimento científico adquirido e partilhado, as experiências usufruídas e as competências adquiridas, um motivado caminho foi prosseguido. A procura sistemática de mais informação através de pesquisa bibliográfica possibilitara uma melhoria dos cuidados especializados prestados.

Estagiar em Instituições que não conhecia trouxe alguma ansiedade mas rapidamente se verificou ser bastante gratificante pelas novas oportunidades de experiências nunca antes vivenciadas.

Procurei em cada dia enriquecer os estágios com conhecimentos científicos adquiridos durante os períodos teóricos e também através de toda a formação efectuada durante o meu percurso de vida. A formação tem sido fundamental no meu percurso de vida. Motivada, empenhada e com conhecimentos científicos tudo contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

O Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista refere serem quatro os domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal - através de uma prática profissional e ética no campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade – Têm um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias na Instituição onde exerce funções;
- Competências do domínio da gestão dos cuidados - Gere os cuidados na UCIP do HSM, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores

e a articulação na equipa multidisciplinar e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;

- Competências do domínio das aprendizagens profissionais - desenvolvendo o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Para além das competências adquiridas e mobilizadas gostaria de fazer referência ao aspecto relacional, integrei-me nas equipas multidisciplinares, procurando em conjunto soluções para resolução de problemas que iam surgindo, com disponibilidade mas também humildade, pois acredito que por mais experiência profissional que temos iremos estar sempre em processo de aprendizagem se assim o quisermos.

Os momentos de reflexão com os orientadores e com a professora da Universidade foram extremamente gratificantes no sentido de sermos mais objectivos, precisos e concisos em relação ao que delineámos para este percurso formativo.

Em relação aos objectivos que me propus concretizar foram globalmente atingidos e sempre interiorizados como novos desafios.

Dificuldades deste percurso? Algumas, de perdas mas a vida é mesmo assim e é que transformar momentos difíceis em oportunidades de prosseguir um caminho do que idealizamos.

Citando a Ordem dos Enfermeiros o Enfermeiro Especialista:

... “deverá ser o profissional que seja o garante, não só de um entendimento profundo da situação da Pessoa (conhecimento das diferentes variáveis implicadas e implicáveis ,numa abordagem holística) como também, de uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente, em determinada etapa do ciclo vital”.

Tendo consciência que esta oportunidade se constitui como uma experiência única para o desenvolvimento de conhecimentos, reflexão sobre as práticas de cuidados, crescimento pessoal e profissional.

Tal como referir no início deste relatório elaborá-lo é como organizar uma viagem: escolhemos os lugares para onde quisemos ir, e não o fizemos ao acaso, estabelecemos metas e objectivos, porque sabíamos o que queríamos e atingimo-los com as estratégias e recursos já pensados. Após este percurso adquiriu competências ou seja mobilizamos conhecimentos e capacidades de forma pertinente e nos momentos oportunos. As competências adquiridas não são um estado ou um conhecimento possuído mas sim um processo, uma realidade dinâmica para responder às necessidades que encontramos no caminho do cuidar. A partir de agora teremos a missão de segui-lo e partilhar com todos.

Um dia alguém perguntou a um velho, conhecido pela sua sabedoria, porque é que era tão inteligente: “A capacidade de tomar decisões resulta da experiência”, respondeu! E a experiência? “Bem, essa adquire-se tomando mais decisões”. Partilhamos da mesma opinião: experiência, conhecimento adquirido e decisões, só assim poderemos encontrar o caminho a escolher na verdadeira razão da existência da nossa profissão - **Cuidar**.

A todos que directa ou indirectamente me acompanharam neste processo de desenvolvimento pessoal e profissional o muito OBRIGADO.

“...a mente que se abre a uma nova ideia ,jamais regressará ao seu tamanho original”

Einstein

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✚ AZEVEDO, C. – **Integração de Enfermeiros às Unidades/Serviços** in “Divulgação” 38, 1996.
- ✚ BOLICK, Dianna et al. – **Segurança e Controle de Infecção**. Enfermagem prática. Reichmann & Affonso Editores, 2000.ISBN: 85-87148-40-0.
- ✚ BRUNNER & SUDDARTH- **Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica**, 10ª Edição, Vol.2,Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
- ✚ CARNEIRO, M et al.- **Manual de Fundamentos e Procedimentos** - Curso de Evidência na Emergência - 1ª Edição, Porto, 2008.
- ✚ COLLIÈRE, M.F. (1989). **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa. ISBN: 972-95420-0-7.
- ✚ DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª série- N.º 35-18 de Fevereiro de 2011-pag 8648.
- ✚ HARRISON,W. ET AL – **Medicina Interna**-15ª Ed, Vol I e II, Editora Mcgraw-Hill, 2002.
- ✚ HESBEEN, W- **Cuidar no Hospital** -enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lusociência - Edições técnicas e científicas, 2000.
- ✚ MACPHAIL, E.- **Panorâmica de enfermagem de urgência**. In Sheepy- Enfermagem de urgência: da teoria à prática (4ªed.). Lusociência; ISBN: 972-8383-16-9, Loures.
- ✚ **Manual Internacional da Qualidade** CHKS/ HAQU, 2006.
- ✚ MARTINS, Maria – **Manual de Infecção Hospitalar** - Epidemiologia, Prevenção, Contole. Medsi Editora Médica e Científica Lda. 2001. ISBN: 85-7199-256-8.
- ✚ MARTINS, V- **Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais**. Edição Monitor.2004.
- ✚ MORENO, R.- **Gestão e Organização em Medicina Intensiva**-5ª edição. Permanyer Portugal. 2000.

- ✚ NIGHTINGALE, F. – **Notas Sobre Enfermagem**. Lisboa: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2005.ISBN: 972-8383-92-4.
- ✚ ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (2008).
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: OE, 2001.
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e proposta de sistema**. Lisboa: OE, 2007.
- ✚ ORDEM DOS MÉDICOS e SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008).
- ✚ PAULINO, C. et al. – **Técnicas e Procedimentos em Enfermagem** - Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda, 2007.ISBN: 978-972-8485-85-6
- ✚ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DECRETO-LEI nº 437/91. Regime legal da carreira de enfermagem. Lisboa, **D.R. I Série N-A** 257, (91-11-08). P. 5723-5740.
- ✚ PINHO, M. - **O Racionamento dos recursos da saúde através do estabelecimento de prioridades: uma perspectiva social**. Lisboa: Universidade Lusíada Editora, 2010.ISBN: 978-989-640-4
- ✚ RODRIGUES, L et al -**Compreender os recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde**. Edições Colibri.2002.
- ✚ SAKELLARIDES, C. **Novo Contrato Social da Saúde -Incluir as pessoas**. Lisboa: Diário de Bordo, 2010. ISBN: 978-989-97087-0-9.
- ✚ Sites consultados:
 - www.fisioweb.com.br
 - www.hospitaldaluz.pt
 - www.swe.siemens.com.
 - www.spci.org
 - www.mimwiki.med.up.pt

- ✚ TEIXEIRA, C – **Projecto de um guia de integração para enfermeiros chefes num hospital** in “Servir” vol.45, 1979.
- ✚ TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed., Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 978-972-8383-74-9
- ✚ URDEN, L. et al - **Enfermagem de Cuidados Intensivos -Diagnóstico e Intervenção**, 5ª Edição Luso didacta, Loures, 2008.
- ✚ VIEIRA - Ser enfermeiro - **Da compaixão á Proficiência**. Lisboa. Universidade Católica Editora.2009.ISBN: 978-972-54-0195

ANEXOS

Anexo I – “ Orientação / Integração de estudantes de Enfermagem”

Manual do Atendimento Médico Permanente Adulto

Procedimento do Serviço de Enfermagem

Procedimento n.º: _____

Política n.º: _____

Área: Prestação de Cuidados

Data: Maio de 2010

1. Nome

Orientação / Integração de estudantes de Enfermagem

2. Âmbito

Estruturar as actividades de acompanhamento de estudantes de enfermagem de modo a adequar os objectivos de estágio/experiência clínica dos alunos a este contexto, facilitando assim o processo de aprendizagem e promovendo a motivação quer dos estudantes quer dos profissionais deste Serviço.

3. Pessoal abrangido

Enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados, que tenham sido designados como orientadores de estágio.

4. Pontos Importantes

Este procedimento visa a clarificação das actividades dos Estudantes a realizar no AMP -Adulto, no contexto dos Ensinos Clínicos.

- ❖ Cada aluno é um ser único, com comportamentos, atitudes e sentimentos e que está inserido num contexto bio-psico-socio-cultural que influencia muito directamente a sua forma de estar, sentir e pensar.

- ❖ No que diz respeito aos objectivos do Ensino Clínico, estes são delineados, sempre que possível entre o estudante (tendo em conta as orientações emanadas pela escola) e o Enfermeiro Chefe do AMP, de acordo com o estadio de aprendizagem dos mesmos.
- ❖ A integração envolve três aspectos: a transmissão de conhecimentos específicos relativamente ao trabalho, atitudes relativas a aspectos de organização e do ambiente e desenvolvimento de habilidades.
- ❖ Durante o Ensino Clínico, o Estudante vai assumindo de forma progressiva a responsabilidade inerente à prestação de cuidados (registo, administração de terapêutica, informação ao cliente/família, ensino ao cliente, ...), a qual será sempre supervisionada pelo enfermeiro orientador a quem cabe toda a responsabilidade pelos cuidados prestados.
- ❖ Devem ser proporcionados momentos para esclarecimento de dúvidas, consultas de bibliografia e manuais com políticas e procedimentos do Serviço criando assim espaços para discussão, reflexão e sugestões, nunca esquecendo que cada pessoa tem o seu ritmo próprio de aprendizagem.
- ❖ O estudante deverá tomar consciência que é o principal responsável pelo seu processo de aprendizagem e por conseguinte o papel do orientador será o de promover a motivação deste de modo que esta formação vá ao encontro das suas necessidades quer pessoais quer profissionais;
- ❖ Deve ser nomeado um enfermeiro orientador que deverá acompanhar o aluno desde o início do estágio até ao final;
- ❖ Toda a equipa de enfermagem /equipa multidisciplinar deverá colaborar neste processo de ensino/aprendizagem;
- ❖ É da responsabilidade do enfermeiro Chefe assegurar-se que o aluno não deve em nenhuma situação substituir um enfermeiro do Serviço.
- ❖ Planear a avaliação formativa a meio e no final do estágio

❖ **Primeiro dia do Ensino Clínico**

- ✓ Os Estudantes dirigem-se à Direcção de Enfermagem onde será feita uma apresentação sumária do Hospital. Posteriormente deverá efectuar-se uma visita à Instituição no sentido de facilitar a sua integração.
- ✓ Após esta visita, o Estudante fica no AMP, portanto no local onde vai desenvolver a sua aprendizagem e será então apresentado ao Enfermeiro Chefe e ao Enfermeiro orientador;
- ✓ O Enfermeiro Chefe proporciona uma entrevista informal com o estudante falando sobre as suas expectativas, dando-lhe a conhecer os objectivos do Serviço e falando um pouco dos recursos e dinâmica do mesmo. O objectivo é dar-lhe as boas vindas e disponibilizar-se para o acolher, facilitando ao estudante a sua integração e tentando minimizar ao máximo os seus receios.
- ✓ Ao Enfermeiro orientador, cabe a função privilegiada de integrar o Estudante, de acordo com os objectivos definidos para o seu estadio de aprendizagem.
- ✓ Ao estudante, é facilitado o horário do seu orientador sempre que este efectuar uma troca de horário, esta deve ser comunicada ao estudante no sentido de se proceder à respectiva alteração.

❖ **Dias seguintes do Ensino Clínico**

- ✓ Planeamento adequado de todas as intervenções em função das necessidades.
- ✓ Serão fornecidas todas as informações relativas ao funcionamento do Serviço.
- ✓ Deverá fazer-se apresentação do programa informático existente – SOARIAN de modo a que o estudante possa fazer os seus registos e aceder a todo o tipo de informação.

- ✓ Aquisição de conhecimentos acerca do funcionamento de monitores, bombas infusoras, seringas, camas, carro de urgência e locais onde se encontram o consumo clínico e os produtos farmacêuticos;
- ✓ Respeitando a aprendizagem de cada estudante e em conformidade com a orientadora da escola, os estudantes ficarão responsáveis pela prestação de cuidados a um ou mais doentes, sempre com a supervisão do enfermeiro orientador.
- ✓ Fazer o acolhimento de doente e família.
- ✓ Realizar momentos informais dando espaço ao estudante para verbalizar as suas ansiedades e aproveitando para falar de patologias mais frequentes, formação em Serviço, projectos do Serviço e do Hospital e de que modo ele poderá participar;
- ✓ Utilização de medidas de prevenção de infecção/assepsia nas técnicas executadas;
- ✓ Todos os registos efectuados deverão identificar o estudante e o orientador.
- ✓ Participação nas passagens de ocorrências e actividades do Serviço.

❖ **Avaliação**

- ✓ Uma avaliação intermédia e uma final feitas de acordo com os objectivos delineados, tendo por base o Plano de estágio da escola, sempre no sentido construtivo pois acreditamos que este processo conduzirá indubitavelmente a uma mais valia pessoal e profissional.

Elaborado por:

Adelaide Pacheco

Data: 19/05/2010

Aprovado por:

Anexo II – “ Actuação perante o cliente com Acidente Vascular Cerebral”

Manual do Atendimento Médico Permanente Adulto

Procedimento do Serviço de Enfermagem

Procedimento n.º: _____

Política n.º: _____

Área: Prestação de Cuidados

Data: Maio de 2010

1.Nome

Actuação perante o cliente com Acidente Vascular Cerebral (AVC)

2.Âmbito

Intervenções de enfermagem

3.Pessoal abrangido

Todos os enfermeiros do AMP

4.Pontos Importantes

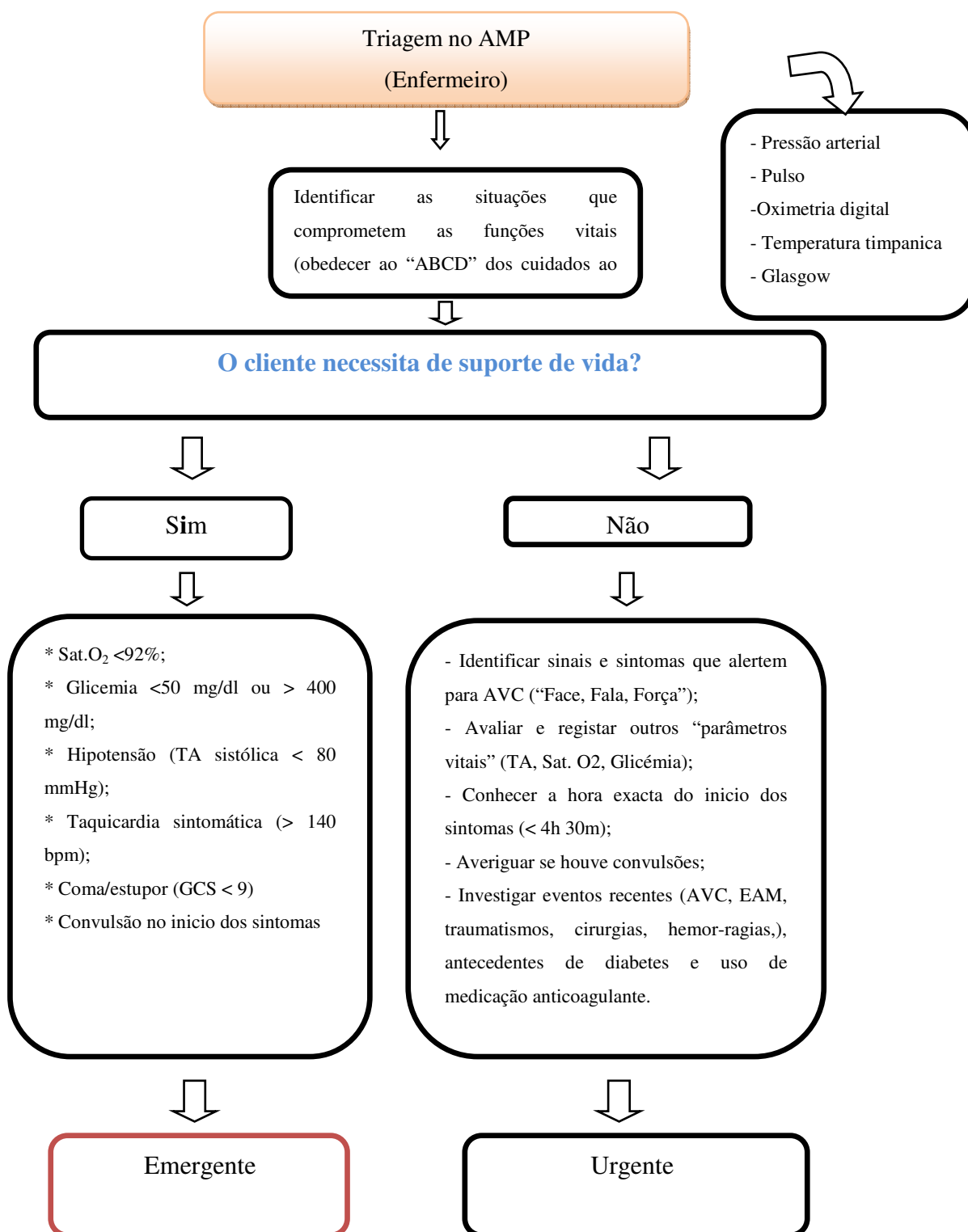
Este procedimento visa a uniformização de procedimentos face ao cliente com Acidente Vascular Cerebral.

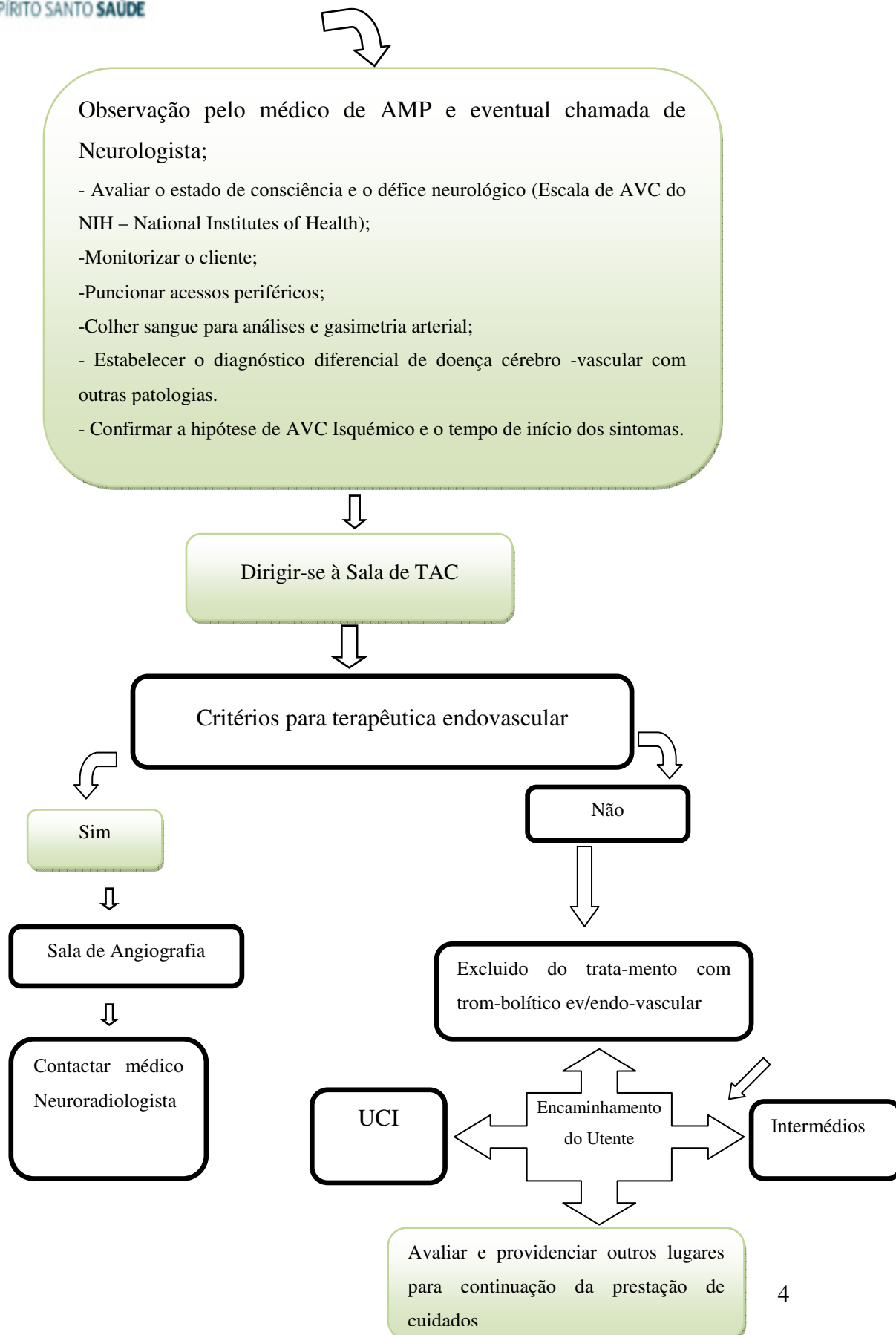
- ✓ Acidente Vascular Cerebral é o termo que descreve o aparecimento de sintomas neurológicos causados pela interrupção da corrente sanguínea no cérebro. Há dois tipos básicos: isquémico e hemorrágico.
- ✓ O acidente isquémico é aquele que é produzido pela oclusão de um vaso sanguíneo; esta oclusão pode ser de natureza trombótica ou embólica. A maioria dos acidentes trombóticos resulta da acumulação de placa aterosclerótica no lume dos vasos. O acidente embólico sucede quando pequenos êmbolos da circulação cardíaca ou cerebral inferior se deslocam em sentido distal e se alojam em pequenos vasos ocasionando perda de aporte sanguíneo.

- ✓ Os acidentes hemorrágicos dividem-se em: hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnoideia.
- ✓ Aproximadamente 80% dos Acidentes Vasculares Cerebrais são causados por um baixo fluxo sanguíneo cerebral (isquemia) e outros 20% por hemorragias tanto intraparenquimatosas como subaracnoideas.

✓ Procedimento perante um doente com do AVC

Fluxograma





- ✓ Toda a avaliação neurológica efectuada deverá basear-se nos seguintes parâmetros:

Doente Consciente

- (A) Avaliar nível de consciência (nome, data e local e situe-se em questões sobre acontecimentos da experiência do doente, presentes ou passados com nome do cônjuge, morada...);
- (D) Observar movimentos faciais (simetria, padrões de fala);
- (D) Avaliar pupilas e verifique movimentos extra oculares;
- (D) Avaliar resposta motora;
- (D) Avaliar resposta sensorial;
- (D) Vigiar Sinais vitais.

Doente Inconsciente

- (A) Avaliar nível de consciência (aplique a escala de comas de Glasgow);
- (D) Avaliar pupilas - dedique particular atenção ao tamanho, reactividade e forma da pupila em comparação com o olho oposto;
- (D) Avaliar resposta motora;
- (D) Avaliação do padrão respiratório;
- (D) Vigiar Sinais vitais.

- ✓ Seja qual for a causa do Acidente Vascular Cerebral, as consequências instalam-se sempre com rapidez dramática provocando efeitos devastadores no que respeita à capacidade física e ao estado emocional do cliente;
- ✓ Urge sensibilizar os profissionais para uma eficiente intervenção multidisciplinar no AMP minimizando as possíveis complicações e contribuir para que a qualidade de vida do cliente seja o mais próximo possível de um estilo de vida saudável.

Elaborado por:

Adelaide Pacheco

Data: 19/05/2010

Aprovado por:

Anexo III – “ Actuação perante o cliente com Síndrome Coronário Agudo”

Manual do Atendimento Médico Permanente Adulto

Procedimento do Serviço de Enfermagem

Procedimento n.º: _____

Política n.º: _____

Área: Prestação de Cuidados

Data: Maio de 2010

1.Nome

Actuação perante o cliente com Síndrome Coronário Agudo

2.Âmbito

Intervenções de enfermagem

3.Pessoal abrangido

Todos os enfermeiros do AMP

4.Pontos Importantes

Este procedimento visa uniformização de práticas face ao cliente com Síndrome Coronário Agudo.

- ✓ Síndrome Coronário Agudo é o termo usado para descrever danos celulares irreversíveis e necrose do miocárdio secundária a uma diminuição súbita ou mesmo à interrupção do aporte sanguíneo coronário a uma determinada área do miocárdio.
- ✓ A classificação dos enfartes faz-se de acordo com a sua localização na superfície do miocárdio e com as camadas musculares atingidas.
- ✓ O diagnóstico de enfarte de miocárdio, é feita com base nos sinais e sintomas clínicos apresentados pelo cliente, nas alterações electrocardiográficas e nos valores das enzimas.
- ✓ Os três principais objectivos do tratamento são: aliviar a dor; controlar as disritmias mortais e preservar o miocárdio.
- ✓ As primeiras 6 horas após o início da dor torácica constituem o período crucial para a recuperação do miocárdio. Durante este período é possível conseguir a reperfusão da área do enfarte com trombolise intra-venosa ou intra-coronária, trombolise com a angioplastia coronária transluminal percutânea (PTCA), PTCA de urgência ou cirurgia de Bypass das artérias coronárias de emergência.

- ✓ O controlo da dor é prioritário já que a sua manutenção é sinal de isquemia em evolução. A morfina continua a ser o analgésico de eleição, uma vez que diminui a ansiedade, a agitação, a actividade do sistema nervoso autónomo e a pré-carga, diminuindo assim as necessidades do miocárdio em oxigénio.
- ✓ **É da Responsabilidade do enfermeiro do AMP**

Intervenções Autónomas:

-Actividade Motora

- (E) Posicionar o cliente em posição confortável (semi-sentado);
- (D) Avaliar alterações da mobilidade promovendo repouso físico absoluto no leito.

-Circulação/temperatura

- (D) Vigiar sinais vitais através da monitorização continua, estando particularmente atento a alteração do ritmo e frequência cardíaca que impliquem tratamento emergente (disritmias);
- (D) Vigiar estado de consciência.

-Eliminação

- (D) Vigiar débito urinário;
- (D) Observar as características da urina.

-Nutrição/Digestão

- (G) Restringir a alimentação passando para dieta zero até estabilização e não esquecer de retirar próteses dentárias se for o caso;
- (D) Avaliação de Glicemia capilar.

-Respiração

- (D) Observar sinais de dificuldade respiratória;
- (G) Administrar oxigenoterapia por óculos nasais (3 a 5 L/m);

-Sensação/Reparação

- (D) Avaliar Dor (Escala da Dor)
- (D) Vigiar estado de consciência (Escala de Glasgow)
- (I) Transmitir continuamente calma e segurança ao cliente

-Tegumentos

- (E) Inserir duas vias periféricas de preferência no membro superior esquerdo e só na região do sangradouro quando não houver outra alternativa;
- (E) Executar colheita de sangue para análises sendo fundamental enzimologia cardíaca (troponina T, CK e CK-MB) e pró-BNP;

-Terapêutica

- (G) Administrar terapêutica oral;
- (G) Administrar terapêutica subcutânea;
- (G) Administrar terapêutica endovenosa;
- (E) Providenciar carro de urgência para eficaz resposta em caso de possíveis complicações;

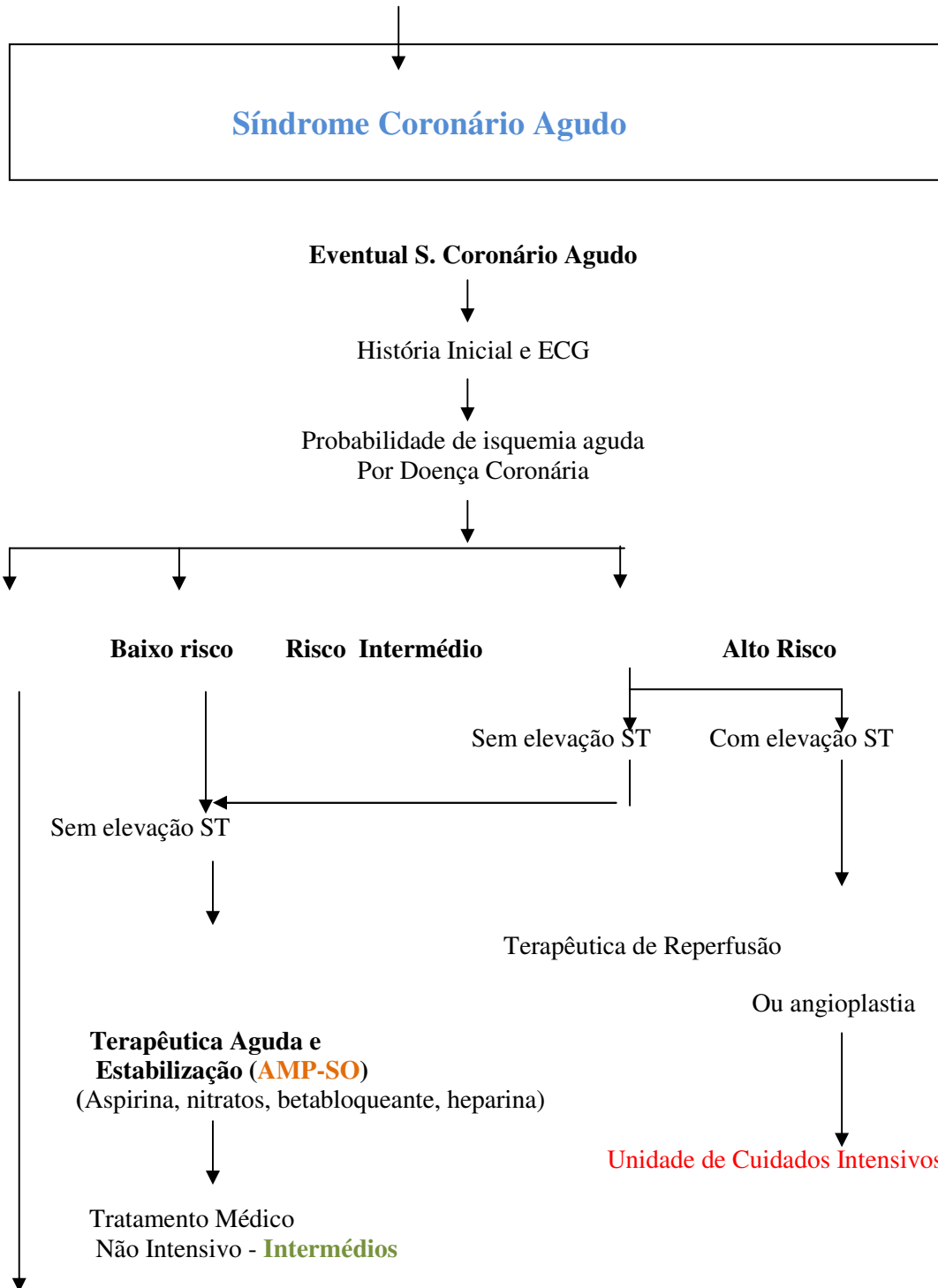
-Volume de Líquidos

- (G) Administrar soroterapia
- (D) Vigiar edemas

Intervenções Interdependentes

- Solicitar a realização de ECG de 12 derivações;
- Providenciar para realização de Radiografia do tórax;
- Providenciar para realização de ecocardiograma;
- Assegurar-se do internamento do doente;
- Confirmar todo o espólio;

Utilizar o FLUXOGRAMA **SEGUINTE**



Tratamento em **ambulatório**

ALTO RISCO

Qualquer um dos seguintes:

- Angina evidente em homens > 60 anos e mulheres > 70 anos;
- Alterações hemodinâmicas ou electrocardiográficas com dor;
- História de doença das artérias coronárias;
- Acentuada inversão simétrica das ondas T nas derivações précordiais;
- Supra ou infra -desnívelamento ST > 1 mm;
- Angina variante;
- Níveis séricos elevados de troponina.

RISCO INTERMÉDIO

Sem factores de risco elevado mas qualquer um dos seguintes:

- Angina evidente em homens < 60 anos e mulheres < 70 anos;
- Angina provável em homens > 60 anos e mulheres > 70 anos;
- Provável dor torácica não anginosa em doentes com diabetes ou doentes sem diabetes com mais de dois outros factores de risco *;
- Doença vascular extracardíaca;
- Depressão do segmento ST de 0,5 – 1 mm;
- Inversão da onda T > 1 mm nas derivações com predomínio de ondas R.

BAIXO RISCO

Sem factores de risco elevado ou intermédio mas podendo apresentar:

- Dor Torácica, provavelmente não anginosa;
- Um factor de risco (sem ser diabetes) *;
- Onda T horizontal ou inversão < 1 mm nas derivações com predomínio de ondas R;
- ECG normal.

*** Factores de Risco: Diabetes, tabagismo, hipertensão e níveis elevados de colesterol.**

- ✓ O diagnóstico e tratamento do Síndrome Coronário agudo deve efectuar-se o mais precocemente possível já que:
 - 50% Dos clientes desencadeia morte súbita nas primeiras horas (geralmente por fibrilhação ventricular) e a fibrinólise endovenosa obtêm maiores benefícios se é realizada imediatamente após o início de sintomas.

Elaborado por:
Adelaide Pacheco
Data: 19/05/2010

Aprovado por:

Referências Bibliográficas

- ✚ AZEVEDO, Cidália – Integração de Enfermeiros às Unidades/Serviços in “Divulgação”³⁸ (Abril 1996) pág.9-30;
- ✚ Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006;
- ✚ TEIXEIRA, Clara Maia Moreira – Projecto de um guia de integração para enfermeiros chefes num hospital in “Servir” vol.45 Nº 3 (Maio -Junho 1997) pág.106-117.
- ✚ ASPESI, Nelson e GOBATTO, Pedro. Acidente Vascular Cerebral. Outubro de 2001
- ✚ Neto, Alcino. Acidente Vascular Cerebral. Janeiro de 2002
- ✚ BRUNNER & SUDDARTH, (2005) – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 10ª Edição, Vol.2, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro
- ✚ HARRISON, W. et al (2002) Medicina Interna, 15ª Ed, Vol I e Vol. II, Editora McGraw-Hill, Rio de Janeiro
- ✚ PHIPPS, Wilma J; Sands, Judith K.; Marek, Jane F-Enfermagem Médico-Cirúrgica, 6ª Edição, Lusociência: Loures, 2003.
- ✚ Urden, L. et al (2008) – Enfermagem de Cuidados Intensivos-diagnóstico e Intervenção, 5ª Edição Lusodidacta, Loures.
- ✚ CARNEIRO, M. & NEUTEL, Elisabete – Manual de Fundamentos e Procedimentos – Curso de Evidência na Emergência (1ª Ed.), Porto 2008.

- ✚ GIRIAY, CATARINO J., Rocha e: Síndromes Coronárias Agudas e outras formas de cardiopatia isquémica no Serviço Nacional de Saúde. Rev. Port. Cardiol. 2004.
- ✚ Triagem no serviço de urgência, Manuel do Formando. 2ª Ed. Lisboa: Grupo Português de Triagem; 2002
- ✚ III Directriz sobre tratamento do Infarto do Miocárdio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol. 83, suplemento IV, 2004.
- ✚ Sites consultados:
 - ✓ www.fisioweb.com.br
 - ✓ <http://www.webartigos.com> (Actuação do Enfermeiro ao paciente com AVC)
 - ✓ <http://www.webartigos.com> (Cuidados de enfermagem ao doente com doença coronária)

Elaborado por:
Adelaide Pacheco
Data: 19/05/2010

Aprovado por:

**Anexo IV – “Instrução de Trabalho- Limpeza e decontaminação na Câmara de
Fluxo Laminar Horizontal”**

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

Referências: Procedimento Sectorial –“ Trabalho na Câmara de Fluxo Laminar Horizontal”- MED.1105 e Procedimento Sectorial -Área de Farmácia -“Preparação e Dispensa de Nutrição Parentérica” HDE-MED.1106.

Objectivo: Padronização de limpeza e descontaminação na Câmara de Fluxo Laminar Horizontal.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os Serviços do CHLC que possuam [Câmara de Fluxo Laminar Horizontal](#).

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

[Antes de iniciar e ao término de qualquer procedimento:](#)

➤ Superfície interna

- Limpar a superfície interna com solução de hipóclorito de sódio a 2% e aguardar de 2 a 5 minutos;
- Passar com compressa ligeiramente humedecida em água;
- Limpar novamente, mas com álcool a 70%;
- Deixar secar.

➤ Painel Frontal

- Se necessário, passar uma gaze ligeiramente humedecida em água e depois com álcool a 70%;
- Deixar secar.

➤ Antes de iniciar procedimentos

- Ligar o fluxo e a luz ultravioleta no mínimo 30 minutos antes de iniciar a manipulação;
- Desligar a luz ultravioleta e iniciar os procedimentos.
- Manipular os produtos com técnica asséptica.

➤ Após o término do trabalho

- Limpar a superfície interna da Câmara com hipóclorito de sódio a 2% e álcool a 70% (conforme 1 fase);
- Ligar a luz ultravioleta por 30 minutos;
- Desligar todo o equipamento.

4-BIBLIOGRAFIA

-Manual da Farmácia Hospitalar -Ministério de Saúde -Conselho Executivo do Plano de Reestruturação da Farmácia Hospitalar no site: www.infarmed.pt

-Norma NP EN ISSO 9001:2008, requisito 7,5.

- Novaes MRCG. Terapia nutricional parenteral. Ciências farmacêuticas -uma abordagem em farmácia Hospitalar. Ed. Atheneu, 2001.

-Tese Mestrado António Santos -Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação - Universidade do Porto-2009.

**Anexo V – “Procedimento Multisectorial – Higienização da Unidade do Doente
numa UCI”**

1. OBJECTIVO

Garantir a uniformização da higienização e manutenção da unidade do doente numa UCI.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todas as UCI do CHLC, EPE

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do Procedimento:

Enfermeiros e Assistentes Operacionais, tendo papel preponderante nesta implementação os dinamizadores da CCI.

3.2. Pela revisão do procedimento:

Enfermeiras Responsáveis pelas diversas Comissões de CI do CHLC e Enfermeiras Chefes/Responsáveis das diversas UCI (s).

4. DEFINIÇÕES

Unidade de Cuidados Intensivos: Unidade complexa dotada de sistema de monitorização continua que admite doentes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

Higienização: Consiste num conjunto de práticas que têm como objectivo devolver ao ambiente (UCI), superfícies das unidades, dos equipamentos e utensílios a boa condição higiénica.

Limpeza: Processo através do qual se remove fisicamente a sujidade de um objecto ou superfície. A limpeza com água e detergente remove cerca de 80% de microrganismos, proteínas e outra matéria orgânica. A remoção prévia de matéria orgânica (limpeza) é uma condição necessária para a desinfeção ou esterilização de materiais. Nada deve ser desinfectado sem ser previamente seja limpo.

Desinfeção: É o conjunto de medidas utilizadas para a destruição de microrganismos patogénicos mediante a aplicação de agentes químicos (produtos químicos (desinfectantes) ou físicos (ex: acção térmica, acção de radiação) .

Desinfectante: É uma substancia que impede o crescimento e/ou destrói os microrganismos (bactérias, fungos, vírus...) nocivos para a saúde, quando se aplica sobre inanimados. Em termos de forma de apresentação podem ser líquidos(ex -álcoois), sólidos (em pó, por exemplo pastilhas de hipoclorito, para diluição em água)

Detergente: Produto utilizado para a limpeza, destinado a favorecer a eliminação da sujidade visível.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

AO -Assistente Operacional.

CA - Conselho de Administração.

CCI - Comissão de Controlo Infecção.

CHLC, EPE – Centro hospitalar de Lisboa Central, Entidade Publica Empresarial.

EPI -Equipamento de protecção individual.

UCI -Unidade de Cuidados Intensivos.

6. REFERÊNCIAS

Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
28	Limpeza do Ambiente	28.1, 28.6, 28.7, 28.8, 28.9,28.10,28.11, 28.15,

-Administração Regional de Saúde do Norte -“ Manual de Normas e Procedimentos em Controlo de Infecção”;

-Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, “Práticas Recomendadas”, Revista “Enfermagem”, vol. Abril/Junho. 2005;

-Cartilha -Manual de Higiene Hospitalar no site: www.huwc.ufc.br/bibliopteca_cientifica;

-CHLC, EPE - Política de Controlo de Infecção Hospitalar;

-“Manual do Assistente Operacional”-Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE -Unidade de Cuidados Intensivos-2009;

-“ Medical Manual” do Royal Adelaide Hospital Intensive Care Hospital (disponível no site-<http://health.adelaide.edu>);

-HALLOUET, P et al -“Fichas de Cuidados de Enfermagem”-Edições Climepsi, 2006.

-“Higiene Hospitalar”-Procedimento Multisectorial do CHLC, 2009;

-Higienização Hospitalar e Serviços de Saúde – no site-www.prosaude.org.br;

-Portal da Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge;

-Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos (SPCI).

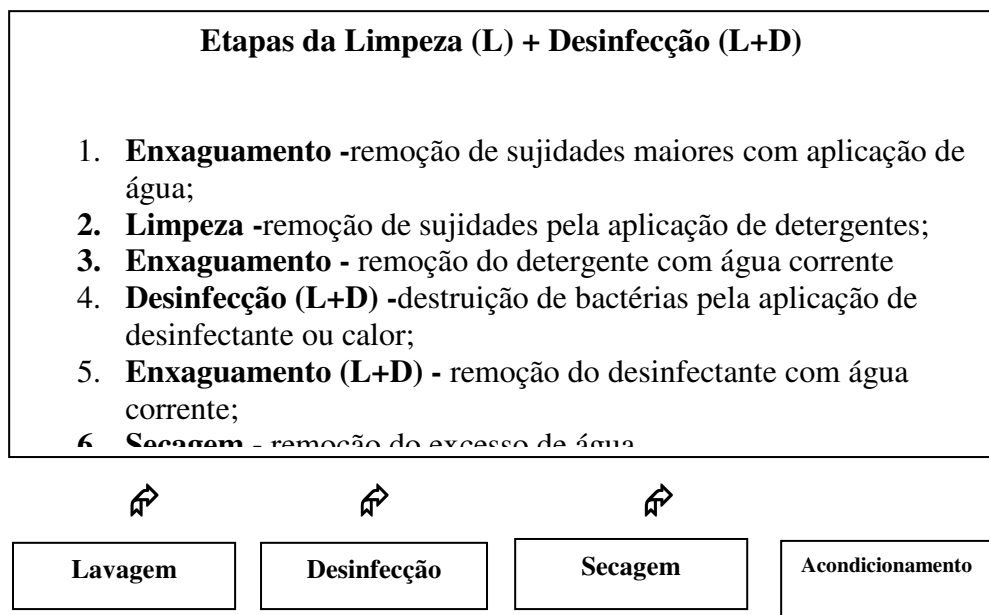
7. DESCRIÇÃO

A higienização deve remover os materiais indesejados (corpos estranhos, resíduos). Para realizar um programa de higienização com sucesso, é essencial compreender a natureza da sujidade que vai ser removida, sabendo utilizar o método mais adequado para a sua remoção, assim como o método mais indicado para avaliar a eficácia do processo utilizado.

A higienização, deverá assim assegurar a eliminação de sujidade visível e não visível e a destruição de microrganismos patogénicos e de deterioração até níveis que não coloquem em causa a saúde dos doentes e profissionais.

Uma higienização correctamente efectuada deve conduzir á eliminação, tanto quando possível, dos microrganismos presentes tanto nas superfícies como na atmosfera e dos equipamentos. A higienização da unidade do doente é da competência dos AO.

$$\text{Higienização} = \text{Limpeza(L)} + \text{Desinfecção (L+D)}$$



7.1 – Princípios Gerais da Limpeza

A manutenção de um ambiente limpo e seco é a garantia de um ambiente salubre para profissionais, doentes e visitas (ver procedimento multisectorial-CIH.114-Higiene Hospitalar). Para manter o ambiente o mais limpo e seco possível é necessário:

- A limpeza deve ser efectuada através de um processo húmido;
- Utilizar carro apropriado para transportar o material /equipamento de limpeza;
- Estabelecer um circuito que permita iniciar a limpeza sempre da zona mais limpa para a mais suja, sempre de cima para baixo nas superfícies verticais e de dentro para fora, nas superfícies horizontais.
- O detergente e a água devem ser mudados no final de cada unidade e sempre que necessário; Na limpeza das diferentes áreas de cada unidade usar avental e luvas de vinil (em caso de presença de matéria orgânica ou suspeita de contaminação) e protecção ocular se risco de salpicos. Depois de retirados todos os EPI utilizados, lavar correctamente as mãos (ver procedimento multisectorial “Higiene das mãos”)
- A solução desinfectante utilizada (por exemplo pastilhas de hipoclorito), deverá ter indicação da data e hora de preparação, pelo facto de só ter validade de 24h após a sua preparação.
- Em relação á recolha dos resíduos sólidos cada unidade deverá ter um saco branco e um saco preto que somente deverão estar cheios até 2/3. O material cortante e perfurante deverá ser colocado nos contentores específicos, que quando contêm 2/3 são selados e transportados para a sala de sujos. Estes contentores são rubricados quando da abertura e quando são selados com a respectiva data (ver procedimento multisectorial -Resíduos Hospitalares).
- Seguir sempre as instruções mencionadas nos rótulos dos produtos de higienização. Usar sempre as dosagens correctas de detergentes e desinfectantes, pois por vezes diluições mal feitas não produzem o efeito desejado. As fichas devem estar em local de acesso rápido. Para cada tipo de detergente ou desinfectante encontra-se mencionada nos rótulos informação relativa á concentração, á temperatura de aplicação e ao contacto destes produtos. É necessário seguir com rigor essas indicações.

Após a higienização da unidade do doente verificar que todos os equipamentos eléctricos ficam ligados á corrente eléctrica, pois em nenhuma circunstância a vida do doente poderá ser colocada em risco.

- **Quando da alta de um doente seguir os seguintes passos:**

1. Higienização das mãos;
2. Levar para respectiva unidade, carro de apoio com materiais necessários para a lavagem e desinfecção;
3. Colocar EPI necessários;
4. Retirar lixos e roupa (sacos do lixo fechados na respectiva unidade e saco de colocação de roupa também neste local);
5. Limpar e desinfetar todo o equipamento;
6. Depois de toda a unidade estar limpa / desinfetada higienização das mãos;
7. Repor todo material necessário que deverá estar aferido por níveis;
8. **Alerta** - se na unidade esteve um doente com Clostridium deverá ser feita limpeza com água e detergente e seguido de desinfecção com persept pois este microrganismo é resistente a soluções com álcool.

7.2-Método de limpeza em caso de:

- **Salpicos** – remoção imediata com pano ou celulose humedecido com hipoclorito de sódio a 1%,seguido de lavagem com água e sabão.
- **Derrames** -absorver o sangue com toalhetes ou celulose, aplicar hipoclorito de sódio a 1% e deixar actuar durante 2`.Lavar de seguida com água e detergente.

7.3-Plano de Higienização

É um documento (anexo1) que indica quais as acções que têm que ser tomadas para limpar e/ou desinfetar, de forma apropriada, as instalações e equipamentos. Este documento deve ser colocado em local acessível para ser usado como referência, Informando sobre:

- Quais as superfícies, equipamentos e utensílios a higienizar;
- Periodicidade da higienização;

-Produtos e utensílios de higiene a utilizar, indicando dosagem, tempo de aplicação e utilização dos mesmos;

Ou seja deve dar resposta às seguintes questões: **O que é limpo** ; **Como é limpo**; **quando é limpo** e **quem limpa**.

Este plano contempla:

- **Higienização de Manutenção**

Diariamente no turno da manhã deverá proceder-se ao definido no procedimento sectorial-CIH.114 e conforme Plano, de forma rotativa é feita a higienização completa de cada unidade do doente.

- **Higienização Imediata**

Aplica-se quando da alta do doente e sempre que necessário (ou seja em caso de salpicos e/ou derrames de matéria orgânica).

- **Higienização periódica**

Refere-se a todo o equipamento de apoio e áreas específicas (ex: armários diversos, equipamento de apoio, frigorífico de fármacos...)

8-Anexo

Plano de Higienização

PLANO HIGIENIZAÇÃO DA UCIP

MÊS:

L O C A I S	Mudança de Doseadores	Unidades 1 a 7 Sequencial	Carro de Urgência/ Seringas/ Bombas Infusoras/ Equipamento de Diálise/ Ecógrafo	Frigorífico	Copa	Sala de Arrumos	Armários: das Salas 1,2,3, Medicação,Roupa.	Rubrica Assistente Operacional Responsável pelo Procedimento
	Semanal 2ª Feira Turno -M	Diário Turno - T	Semanal 3ª Feira Turno - T	Semanal 5ª Feira Turno - N	Mensal Turno -T	Mensal Turno - T	Mensal Turno - T	
DATA								
1		Unidade 1						
2		Unidade 2						
3							Armário-1	
4	Doseadores	Unidade 3						
5			Equipamento					
6					Copa			
7		Unidade 4		Frigorífico				
8						S.Arrumos		
9		Unidade 5						
10							Armário-2	
11	Doseadores	Unidade 6						
12		Unidade 7	Equipamento					
13		Unidade 1						
14		Unidade 2		Frigorífico				
15							Armário-3	
16		Unidade3						
17		Unidade 4						
18	Doseadores	Unidade 5						
19			Equipamento					
20		Unidade 6						
21		Unidade 7		Frigorífico				
22							Armário Roupa	
23		Unidade 1						
24		Unidade 2						
25	Doseadores	Unidade 3						
26			Equipamento					
27		Unidade 4						
28		Unidade 5		Frigorífico				
29		Unidade 6						
30							Armário-Medicação	
31							Armário-Medicação	

**Anexo VI – “ Procedimento Multisectorial - Recomendações relacionadas com
Cateteres Intravasculares”**

Recomendações Relacionadas com Cateteres Intravasculares

1. OBJECTIVO

- Uniformizar procedimentos em relação aos cuidados a ter com os cateteres intravasculares (colocação, manutenção e quando são retirados).
- Prevenir infecção em doentes com Cateteres Intravascular.
- Optimizar funcionamento dos Cateteres.
- Garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todas os médicos e enfermeiros do CHLC que manuseiam Cateteres Intravasculares.

3. RESPONSABILIDADES

3.1.Pela implementação do Procedimento: Comissão de Controlo de Infecção do CHLC e Médicos e Enfermeiros dos Serviços.

3.2.Pela revisão do Procedimento: Comissão de Controlo de Infecção do CHLC.

4. DEFINIÇÕES

Acesos vasculares – são “todas as técnicas invasivas (percutâneas ou cirúrgicas), que permitam aceder aos vasos sanguíneos, quer superficiais quer profundos, para administrar terapêuticas, proceder a perfusões ou colher sangue.”

Cateter - um cateter poderá ser designado pelo vaso que ocupa (por exemplo, venoso periférico, venoso central ou arterial); seu ciclo de vida (por exemplo temporário ou de curto prazo versus permanente ou de longa duração); seu local de inserção (por exemplo, subclávia, femoral, jugular interna, periférico); sua via a partir da pele até ao vaso (por exemplo tunelizado versus não tunelizado); ou alguma característica especial do cateter (por exemplo, presença ou ausência de cuff, impregnação com heparina, antibiótico ou anti-séptico e o número de lúmenes).

Cateteres Intravasculares - dispositivos utilizados para administração de soluções endovenosas, terapêutica, hemotransfusões, nutrição parentérica, e para monitorização do estado hemodinâmico do doente crítico.

Cateter Venoso Central – dispositivo que se introduz numa veia de grande calibre (subclávia, jugular ou femoral, etc.), por um médico com experiência para execução desta técnica.

Cateter Não Tunelizado e Tunelizado - Tanto os cateteres não tunelizados como os tunelizados podem ser de baixo ou de alto débito. Os **cateteres não tunelizados** são os mais utilizados, de fácil colocação e extracção, não necessitando de cirurgia. Contudo têm uma curta durabilidade e estão associados a 90 % das infecções em cateteres (CABALLERO, 2006). Um dos modelos mais conhecidos é o Arrow[®]. Os **cateteres tunelizados** têm um trajecto subcutâneo antes da inserção a nível venoso. Neste trajecto encontra-se uma tunelização subcutânea denominada por *cuff*, a sua presença é a principal característica destes cateteres e permite a aderência de tecido no espaço subcutâneo através de uma reacção fibrosa, ajudando a manter o cateter no local e a diminuir o risco de infecção. Estes cateteres são implantados cirurgicamente e têm uma longa durabilidade. Habitualmente, utilizam-se com 1 ou 2 lúmenes, sendo o de maior calibre utilizado para colheitas de sangue ou infusão de hemoderivados. Os modelos mais conhecidos são o Hickman[®] e o Broviac[®].

Cateteres com reservatório subcutâneo - também conhecidos como totalmente implantáveis, são implantados cirurgicamente na parede torácica, ficando totalmente inseridos no organismo. Para se aceder ao cateter punciona-se a câmara do cateter com uma agulha própria, de ponta biselada, para evitar danificar a membrana autovedante da câmara.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

CVC - Cateteres Venosos Centrais.

CDC - Center Diseases Control

EPI - Equipamentos de protecção Individual

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

Ufc - unidades formadoras de colónia

6. REFERÊNCIAS

- CABALLERO, M- “Tratado de administración parenteral”– Editora - Difusión avances de Enfermería -2006
- CARRER,S –“Effect of different sterile barrier precaution and central venous catheter dressing on the skin colonization around the insertion”-2005
- Directrizes para a Prevenção de Infecções relacionadas a cateteres Intravasculares -CDC;
- HALLOUET, P et al -“Fichas de Cuidados de Enfermagem”-Edições Climepsi, 2006;
- “Infecção associada ao cateter venoso central” -revisão de literatura -revista Referência-ii-nº11-2009;

- “Manual de Enfermagem”- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE - Unidade de Cuidados Intensivos-2007;
- MARTINS, José Carlos Amado -Cuidados de Enfermagem ao Doente com Cateter Venoso Central, in: Referência, nº7,Coimbra:2001.
- PAULINO, C et al -“Técnicas e Procedimentos em Enfermagem-Editora-Formasau-2007;
- PITTET, Didier- “Catheter and Hygiene 2004, disponível no site-ww.cvc-partner.com.

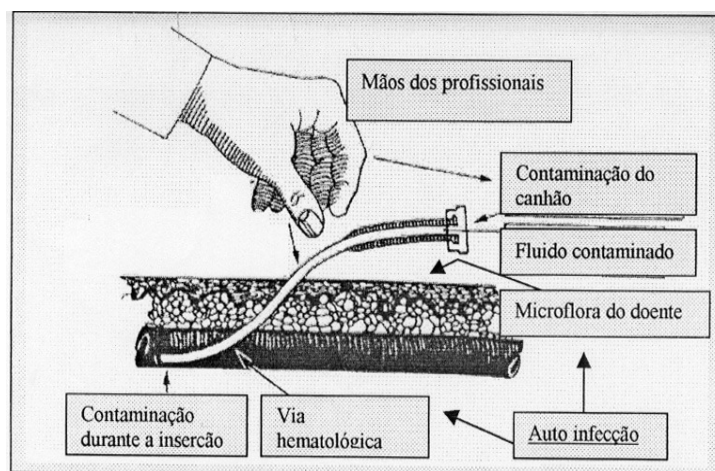
7. DESCRIÇÃO

A inserção e manutenção de cateter venoso constituem um risco acrescido de infecção, uma vez que todos eles funcionam como um corpo estranho, com a possibilidade de ficar colonizado, podendo a contaminação microbiana originar complicações como: Sepsis local, tromboflebite séptica, Sepsis /Bacteriémia. As infecções associadas aos Cateteres podem ser divididas em dois grupos principais: infecções locais e infecções sistémicas.

• VIAS DE COLONIZAÇÃO DO CATETER

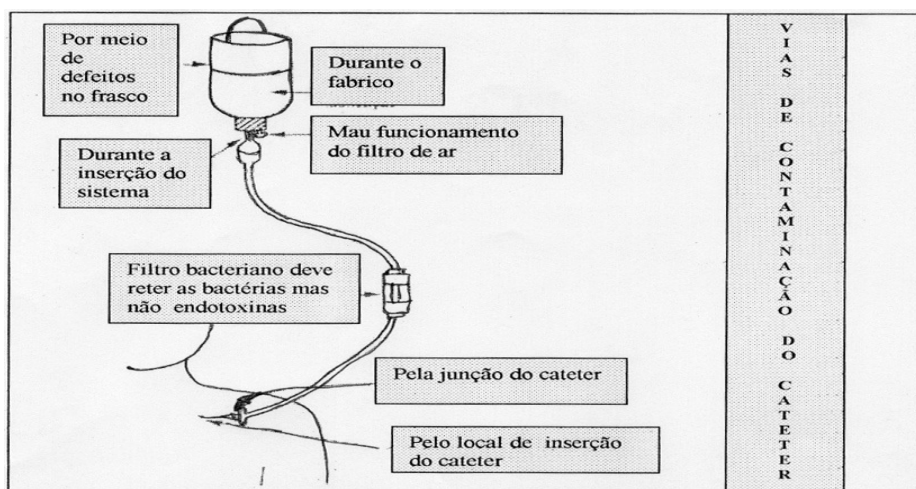
As figuras representam as principais vias de colonização do cateter:

Esquema 1



- ✓ Mãos dos profissionais
- ✓ Local de inserção na pele;
- ✓ Lúmen do cateter;
- ✓ Contaminação do cateter, via sanguínea, proveniente de outro foco de infecção causador de Bacteriémia.

Esquema 2



✓ Fluidos infundidos contaminados

A contaminação do Lúmen do cateter é mais frequente durante os procedimentos de manutenção. A contaminação do canhão (*hub*) contribui para a colonização microbiana intra- luminal dos dispositivos, particularmente nos de longa permanência, pois sofrem maior manipulação, esta via de contágio chega a superar a importância do sítio de inserção.

• PREVENÇÃO DA INFECCÃO

A melhor forma de prevenção é o respeito das normas básicas de Controlo de Infecção:

- ✓ Lavagem anti-séptica das mãos - para qualquer manipulação do cateter ou sistemas associados.
- ✓ Correcta desinfecção da pele – antes da punção, sempre que manipulado o penso do cateter.
- ✓ Manipulação correcta do cateter e sistemas associados (prolongamentos, torneiras, sistemas de soros, etc.) – respeitando a desinfecção de todas as conexões manipuladas.
- ✓ Utilização de Equipamentos de Protecção Individual - qualquer manipulação do cateter central e sistemas associados obriga à utilização de luvas esterilizadas, e máscara.

- **EPI e ANTI-SÉPTICOS**

		Touca/Bata	Máscara	Luvas esterilizadas	Lavagem anti-séptica mãos	Anti-Sépticos da pele/torneiras
Cateter Central	Colocação de Cateter Central	X	X	X	X	Sol. Alcoólica com clorhexidina - doses individuais
	Troca de penso		X	X	X	Sol. Alcoólica com clorhexidina - doses individuais
	Manipulação Administração de terapêutica		X	X	X	Sol. Alcoólica - Cutasept
	Remoção do cateter		X	X	X	Sol. Alcoólica com clorhexidina - doses individuais
Cateter periférico	Colocação de acesso periférico		X	X	X	Sol. Alcoólica-Cutasept
	Preparação e administração de terapêutica		X		Higiénica	Sol. Alcoólica-Cutasept
	Substituição de penso		X	X	X	Sol. Alcoólica com clorhexidina - doses individuais

Antisséptico - refere-se a tudo o que for utilizado no sentido de degradar ou inibir a proliferação de microrganismos presentes na superfície da pele e mucosas.

Na escolha da solução de desinfecção a utilizar, no local de punção, o uso de cremes antibióticos não é recomendado, por estar associado ao aparecimento de infecções por *Candida albicans* (Larsen e Thurston, 1997; Elliott e Tebbs, 1998; Cunha e Póvoa, 1999), e destruição da protecção antimicrobiana dos CVC mais recentes (Pittet, 2004). Numa comparação entre a clorhexidina a 2%, a iodopovidona e o álcool a 70%, foi demonstrado que as duas últimas soluções estavam associadas ao aumento da incidência de infecções quatro vezes superior, levando a que a clorhexidina a 2% fosse escolhida como anti-séptico de eleição (Clemence et al, 1995; Harrison, 1997; Elliott e Tebbs, 1998; Pittet, 2004).

7.1-CUIDADOS A TER NA SELECÇÃO DO LOCAL DE INSERÇÃO DO CATETER

A influência do local no risco de infecções por cateter está relacionada, em parte, ao risco de tromboflebite e a densidade da flora cutânea local. O local de inserção tem sido, de longe, a porta de entrada mais comum de agentes infecciosos. Um dos principais factores que condicionam a infecção associada ao cateter venoso central é o local de inserção, na medida em que vários estudos recomendam a sub-clávia como local de eleição em detrimento da jugular, pois está mais distante da orofaringe e permite melhor fixação. A inserção na veia femoral figura como última opção.

Não obstante, outros factores devem ser tidos em consideração, como estenose da veia subclávia, a destreza do médico que coloca e outros como o risco acrescido de sangramento e o desenvolvimento de pneumotórax (Trick et al,2006).

Resumindo:

- Escolha cuidadosa do local de punção.
- O local de inserção de um cateter deve ser aquele que apresente:
 - Menor possibilidade de contaminação,
 - Menor humidade da pele,
 - Menor mobilidade.
- A colocação de um CVC deve ser feita em áreas designadas limpas (salas de cirurgia, salas de tratamento,..)
- Utilizar se possível cateteres de poliuretano com o menor número de lúmenes possível.
- A colocação e vigilância do cateter devem ser realizada por pessoal técnico experiente ou sob supervisão deste.
- A técnica de inserção será decidida pelo profissional tendo em conta a minimização do traumatismo dos tecidos.

7.2-CUIDADOS A TER NA INSERÇÃO DO CATETER

- Utilização do Kit de inserção de CVC;
- Higienização asséptica das mãos, previa á inserção;
- Utilização de EPI;
- Utilização de técnica asséptica rigorosa;
- Antissépsia do local de inserção com solução de clorhexidina, deixando secar antes da inserção;
- Após o procedimento colocação de penso (penso com compressa ou penso transparente).

A inserção do cateter implica pois a utilização de um Kit pré-parado com todo o material necessário e a adequada escolha do tipo de cateter e respectivo número de lúmenes. Os cateteres de poliuretano são menos irritantes para os vasos.

Em relação á selecção do número de lúmenes dos dispositivos, estes devem ser os indispensáveis para a administração de medicação de forma a todas as vias ficarem

preenchidas reduzindo o risco de obstrução e de infecção já que um cateter com mais lúmenes implica um trauma maior no local de inserção, mais portas de entrada e uma maior manipulação.

7.3-CUIDADOS A TER NA MANUTEÇÃO DOS CATETERES

Neste item estão implicados: a correcta assépsia durante a manipulação, a escolha do material de penso e a mudança de sistemas de perfusão:

- Manipulação - desinfecção com solução alcoólica (cutaset) 70%. Precedendo cada manipulação, e sempre que necessário, as vias e conexões do CVC são pulverizadas com a respectiva solução.
- Escolha de penso esterilizado. Este deve:
 - Permitir uma observação fácil;
 - Ser fácil de aplicar e remover;
 - Não permita a acumulação de humidade.
 - No que respeita á sua substituição: com compressa de 48h em 48h, penso transparente de 5-7 dias.
 - O penso deve permanecer: seco, integro e estéril.

Martins, (2001) refere que algumas investigações comprovam que existe uma menor taxa de infecção quando se utiliza um penso semitransparente permeável ao vapor (exemplo do Tegaderm ou opsite). Face à controvérsia existente sugerimos que se devem observar as seguintes regras: verificar a tolerância da pele em volta do CVC e respeitar se possível a preferência do doente.

- Mudança de sistemas de perfusão -devem mudar-se as linhas de infusão e as conexões em intervalos regulares, para limitar o perigo de contaminação (Pittet, 2004). Este intervalo está dependente do tipo de solução a administrar, em termos de estabilidade e de tempo de permanência para essa solução. É importante verificar com regularidade se as conexões das linhas infusoras com os lúmenes do cateter se encontram em perfeito estado de conservação.

No quadro seguinte disponibilizamos não só informação referente á mudança de sistemas como também o tempo para ocorrerem as referidas perfusões.

Tempo para a perfusão das soluções:

- Sangue/Hemoderivados: 4 horas
- Soluções Lipídicas: 12 horas (em casos excepcionais até 24 horas)
- Nutrição Parentérica Total: 24 horas
- Soluções electrolíticas/terapêutica específica: sem tempo máximo (salvo indicação do Fabricante e/ou Serviços Farmacêuticos)

Mudança de linhas infusoras (após início da perfusão da solução):

- Sangue/Hemoderivados: até 12 horas (em casos excepcionais até 24 horas)
- Soluções Lipídicas: até 24 horas
- Nutrição Parentérica Total: até 24 horas
- Soluções electrolíticas/terapêutica específica: até 72 horas (salvo indicação em contrário do Fabricante e/ou Serviços Farmacêuticos)

- **Caso particular** – para a pediatria a união do cateter ao prolongamento deve ser protegido das mãos da criança com um penso estéril e seco que é preparado na Central de Esterilização denominado “penso rebuçado”.

7.4-CUIDADOS A TER NA EXECUÇÃO DO PENSO

- Higienização das mãos;
- Colocar EPI já anteriormente referido;
- Remover o penso anterior (com luvas limpas) no sentido distal / proximal ao local de inserção do cateter após ser humedecido com soro fisiológico (ou de acordo com as recomendações específicas do penso);
- Retirar luvas, desinfetar as mãos com solução anti-séptica e calçar luvas esterilizadas.
- Observar local de inserção do cateter;
- Limpar local de inserção do cateter com compressas esterilizadas com soro fisiológico.
- Utilizar uma compressa para um só movimento, feito do centro para a periferia;
- Secar e desinfetar a pele com anti-séptico. É fundamental respeitar o tempo de aplicação.
- Colocar penso estéril.
- Retirar EPI e proceder de imediato á lavagem anti-séptica as mãos.

7.5-HEPARINIZAÇÃO DE CATETERES

- Este tema ainda é controverso devido às disparidades nas concentrações de heparina a utilizar encontradas na literatura consultada. Se há autores que apelam para o risco do excesso de heparina no sangue outros, por sua vez, referem que a concentração utilizada durante a heparinização é insignificante para provocar alterações no estado do doente (Machado, 1995). Há autores que referem que basta apenas a lavagem (*flush*) com Soro Fisiológico 0,9% para a manutenção e desobstrução de um CVC (Clemence et al, 1995; Elliott e Tebbs, 1998). Outros recomendam que os lúmens não utilizados de um CVC sejam heparinizados com uma solução de 5 ml de Soro Fisiológico 0,9%, com uma concentração de heparina de 10 unidades/ml (Harrison, 1997). Outros ainda, referem a utilização da mesma solução, mas com uma

concentração de heparina de 100 unidades/ml (Martins, 2001). Por último, Machado (1995) refere a concentração adoptada pelo *Royal Marsden Hospital* (Reino Unido) que recorre ao mesmo volume de Soro Fisiológico 0,9% anteriormente descrito, mas com uma concentração de heparina de 1000 unidades/ml.

- Verificando estas disparidades, uma regra que imperar: **quanto maior for a concentração de heparina, maior deve ser o rigor no volume injectado**, volume que deve ser apenas o suficiente para preencher o lúmen pretendido (Martins, 2001).
- O volume a administrar deve respeitar o espaço morto dos lúmens, espaço que no lúmen proximal pode variar entre 0,3 a 0,6 ml, no lúmen médio pode variar entre 0,3 a 0,5 ml e no lúmen distal pode variar entre 0,4 a 0,7 ml, (valores dependentes da marca e do modelo de CVC).
- A heparinização deve ser feita sempre que cessa a utilização de um lúmen sendo repetida semanalmente, de forma a manter o lúmen desobstruído.
- A lavagem do lúmen deve ser feita com 10 ml de Soro Fisiológico 0,9% e seguidamente introduzir a solução de soro com heparina, num volume estritamente necessário ao lúmen a heparinizar. Em substituição do soro com heparina poderá administrar-se monodoses de heparina conforme indicação e informação nos quadros seguintes.
- Esta solução deve ser sempre retirada (retirar cerca de 10 ml de sangue) e desperdiçada aquando da realização de nova heparinização ou antes de nova utilização desse lúmen
- Se durante a lavagem, ou nova heparinização, sentir resistência e não puder retirar sangue, não deve continuar a tentar lavar, uma vez que essa situação pode estar relacionada com a presença de um trombo, podendo essa tentativa de desobstrução levar à deslocação do trombo.

Tabela 1

Procedimento	Justificação
Injectar 10cc de Soro Fisiológico em cada lúmen (<i>flush</i>).	Lavagem de cada lúmen com <i>flush</i> de soro para limpeza de perfusões anteriores ou sangue.
Injectar monodose de heparina sódica 20 UI/ml.	Preencher o lúmen com um anticoagulante.
<i>Clampar</i> o lúmen e verificar a válvula anti -retorno.	Prevenção da infecção e do refluxo.

A quantidade de heparina a injectar em cada lúmen depende do tipo de cateter e do diâmetro do lúmen. Na tabela 2 encontra-se a relação entre os tipos de cateter e a dose de heparina utilizada.

Tabela 2

Tipo de Cateter	Dose de Heparina 20 UI/ml
CVC não Tunelizado	1 ml = 20 UI
CVC de Alto Débito	1,5 ml = 30 UI
CVC Tunelizado	1,5 ml = 30 UI
CVC Subcutâneo 10F	3 ml = 60 UI
CVC Subcutâneo 4,5F	2,5 ml = 50 UI

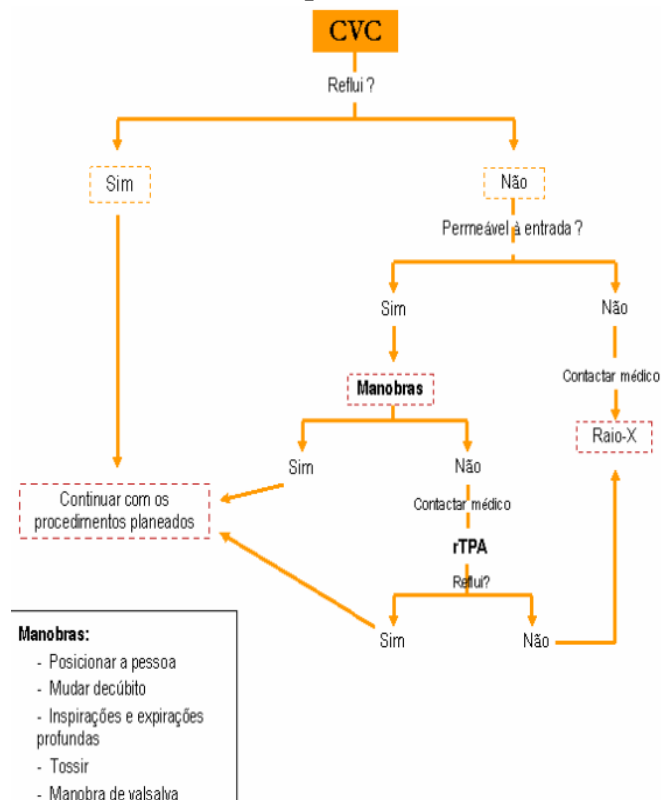
A heparina sódica utilizada tem a concentração de 20UI/ml não sendo necessário diluir. Esta característica diminui as manipulações, consequentemente, diminui o risco de infecção e facilita a uniformização dos procedimentos.

Quando se manipula um cateter que está heparinizado devemos respeitar uma ordem lógica de passos a seguir para garantir a permeabilidade do cateter antes de se iniciar o procedimento planeado:

- No início, verifica-se se o lúmen do cateter reflui;
- Se reflui avança-se com os procedimentos planeados, mas se não reflui verifica-se se está permeável à entrada;
- Se não está permeável comunica-se ao médico;
- O doente deve realizar uma radiografia para confirmar o posicionamento do cateter;

- Se o lúmen se encontra permeável tenta-se que reflua através de várias manobras, pedindo ao doente para mudar de decúbito ou para mudar de posição, para realizar inspirações e expirações profundas, para tossir ou para realizar a manobra de valsalva. Simultaneamente às manobras tenta-se que o lúmen reflua, se se conseguir avança-se com os procedimentos planeados, se não contacta-se o médico que poderá prescrever a utilização de Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rTPA).

Esquema 3



7.5.1- HEPARINIZAÇÃO DO CATETER HEMODIALISE

O objectivo da heparinização é evitar a coagulação do sangue nas vias do cateter e consequentemente obstrução das mesmas. Após a sessão de hemodiálise, deve-se lavar com soro fisiológico e heparinizá-las conforme o volume de preenchimento de cada via (varia de acordo com o tamanho do cateter), comumente nos respectivos lúmenes vêm a quantidade de heparina a colocar.

7.6- ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

A manipulação de um cateter é necessária e inevitável. Sendo um a porta de entrada no organismo o risco de septicemia é elevado, e a melhor forma de o prevenir é a utilização de medidas de assepsia em todos os procedimentos a realizar.

Existem algumas regras que devem ser observadas:

- A nutrição parentérica deve perfundir num lúmen isolado de outras terapêuticas, controlando o seu débito através de bomba infusora;
- Sangue e hemoderivados devem perfundir num lúmen isolado de outras terapêuticas;
- A administração de outras soluções deve assegurar sempre a permeabilidade e débito do cateter, para minorar o aparecimento de complicações relacionadas com a obstrução dos seus lúmens,

Após cada administração de medicação deve efectuar-se a lavagem das linhas infusoras com soro fisiológico a 9%, para evitar incompatibilidades entre fármacos administrados.

Quadro 1 – Indicações de administração de terapêuticas

Lúmen Proximal	Colheitas de Sangue Medicação e Soluções electrolíticas Nutrição Parentérica (caso de CVC de dois lúmens)
Lúmen Médio	Nutrição Parentérica Total Medicação e Soluções electrolíticas
Lúmen Distal	Medicação vasoactiva (ex.: aminas) Sangue e Hemoderivados Colóides e expansores do plasma Soluções electrolíticas Monitorização da Pressão Venosa Central

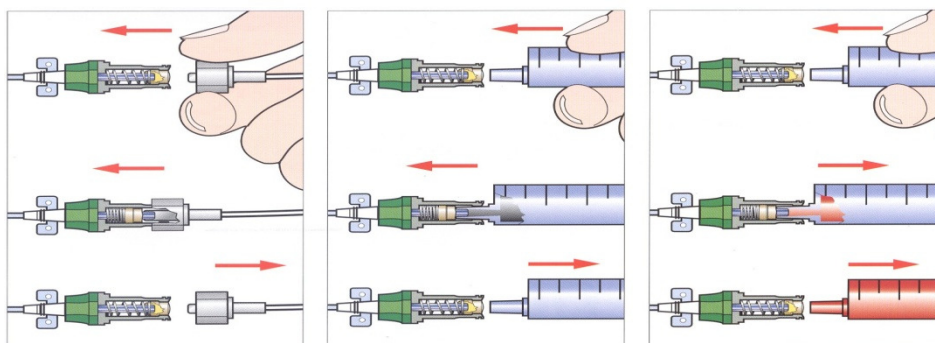
7.7-BIONECTEUR

Na tentativa de reduzir a incidência de acidentes por picada e as infecções transmissíveis através do sangue nos profissionais, foram desenvolvidas conexões que permitem o acesso ao sistema intravascular sem a utilização de agulhas. Os poucos estudos efectuados com estes dispositivos referem que a sua utilização de acordo com as recomendações do fabricante não afecta substancialmente a incidência de infecções da corrente sanguínea. Substituir as conexões e seus componentes pelo menos com a mesma frequência do sistema de administração.

Vantagens deste dispositivo:

- Evita riscos de:
 - Infecções;
 - Embolias gasosas;
 - Perdas de sangue.
- É resistente às emulsões lípidicas aos citostáticos e todas as terapêuticas disponíveis no mercado.
- Permite colheitas, injeções e perfusões

- Desinfectar sistematicamente a membrana do Bionecteur antes e depois de cada utilização.



7.8-FILTROS

Os filtros em linha reduzem a incidência de flebite relacionada à infusão. Não há dados que corroborem a sua eficácia na prevenção de infecções associadas a cateteres intravasculares e sistemas de infusão. Proponentes dos filtros argumentam que os diversos benefícios potenciais para a utilização desses filtros incluem:

- Redução do risco de infecção da infusão ou contaminação proximal (ou seja introdução próxima ao filtro);
- Redução do risco de flebite em doentes que necessitam de altas doses de medicamento em que a flebite relacionada á infusão já tenha ocorrido;
- Remoção de matéria com partículas que possam contaminar fluidos IV;
- Filtragem de endotoxina produzida por organismos gram – negativos em infusões contaminadas.

Além disso, os filtros em linha podem ser bloqueados, especialmente por certas soluções (por exemplo, dextran, lipídeos e manitol), aumentando assim o número de manipulações em linha e diminuindo a disponibilidade de drogas administradas.

Segundo directrizes do CDC não se pode fazer nenhuma recomendação forte a favor da utilização dos filtros em linha.

7.9- REMOÇÃO DE CVC

- A remoção do CVC efectua-se quando já não se justifica a sua permanência por fim do tratamento ou óbito ou, quando há compromisso da sua função por dano, obstrução (sem êxito na desobstrução), ou infecção (sinais inflamatórios presentes e febre resistente à terapêutica quando excluída outra causa);
- Cabe geralmente ao enfermeiro removê-lo, após indicação médica;
- O enfermeiro deve informar o doente e obter a sua colaboração para realizar o procedimento;
- Devem ser retiradas todas as perfusões e clampados os lúmenes;
- O doente deverá estar em decúbito dorsal e com a cabeça voltada para o lado contrário ao da inserção do CVC;

- Procede-se à desinfecção da região de inserção, corte dos pontos de fixação e retirada do CVC de forma suave e num ritmo constante;
- Durante este movimento deve solicitar-se ao doente que realize a manobra de Valsalva (suspendendo a respiração após inspiração profunda), enquanto se retira o CVC e aplica pressão no ponto de inserção até à hemostase.
- Seguidamente procede-se à realização de um penso compressivo vigiando-se o mesmo durante as primeiras vinte e quatro horas para despiste de hemorragia ou sinais de infecção local. Durante todo o processo deve ser utilizada técnica asséptica.
- O enfermeiro deve ter atenção à integridade do CVC e retirar uma amostra de 5 centímetros da ponta do CVC para análise microbiológica. Caso observe falta de integridade do CVC, deve comunicar imediatamente ao médico.

7.10- CATÉTERES DE HEMODIÁLISE

- Quando um doente não tem ainda uma fistula artério - venosa, ou se ele perdeu seu acesso vascular, seja uma fistula ou um enxerto prévio, e se esse doente necessita de submeter-se à hemodiálise, temos a opção de colocar um cateter de duas vias (duplo lúmen) em seu sistema venoso.



- O local mais usado para este procedimento é a veia jugular interna direita. Outros locais, como a veia jugular esquerda, a veia subclávia ou a veia femoral, também podem ser utilizados.
- Estes cateteres devem sempre ser colocados por equipas médicas com comprovada experiência neste procedimento a fim de se evitar complicações maiores ao doente.
- Ter atenção especial aos cuidados de higiene, evitando manter o penso humedecido de modo a evitar infecções. O local de inserção deve sempre se manter limpo, seco e sem qualquer tipo de exsudado
- Também a manipulação pela equipe de enfermagem, ao abrir e ao fechar o sistema de acesso ao cateter, deve ser efectuada com grande rigor a fim de se evitar problemas de contaminação.
- Não se deve também dobrar a inserção do cateter na pele, pois isso contribui para a perda de sua eficiência, fazendo diminuir seu fluxo de sangue.
- A heparinização, ou colocação de heparina nos lúmens do cateter após a sessão de hemodiálise, como já fizemos referência, diminui os riscos de trombose no interior destes cateteres.

- Por fim, deve-se estar atento aos sinais de infecção (febre, mal estar, calafrios) que podem ser originados a partir do cateter, o que aumenta o risco de complicações como endocardite.
- Usar fístulas arterio-venosa ou enxertos em vez dos cateteres para acessos permanentes. (estes estão associados a taxas de infecção muito mais elevadas).
- Usar cateteres com cuff se prevê que o tempo de utilização seja superior a duas semanas, dado que o risco de infecção é consideravelmente mais baixo do que os sem cuff.
- Não usar o cateter de hemodiálise para outros fins.
- Mudar o penso em cada sessão e sempre que necessário

7.11-CATÉTERES ARTERIAIS

➤ Indicações

1. Monitorização invasiva da pressão arterial.
2. Colheitas de sangue para gasimetria e outras análises laboratoriais

➤ Contra-indicações

Contra-indicações absolutas: celulite e infecção, traumatismo e fracturas na vizinhança do local a puncionar.

Contra-indicações relativas: não há.

O teste de Allen vem por vezes referido como essencial antes da colocação das linhas arteriais

para avaliar a capacidade da artéria cubital em irrigar a mão quando a artéria radial está ocluída. Consiste na oclusão simultânea da artéria radial e cubital, com a mão acima da cabeça do doente. Em seguida pede-se para abrir e fechar a mão até os dedos ficarem brancos. Nessa altura descomprime-se a artéria cubital e mede-se o tempo até os dedos voltarem a ter cor normal. Normalmente o tempo é <7 segundos, traduzindo um tempo >14 segundos um débito insuficiente pela artéria cubital. No entanto, a positividade deste teste não constitui impedimento para a utilização da artéria radial.

➤ Vigilância e complicações

-A administração de terapêutica pelas linhas arteriais está totalmente contra-indicada.

-O penso deve ser seco e poroso e refeito sempre que estiver repassado ou descolado. Este deve

ser mudado cada 48 horas com inspecção da linha arterial. O sistema de infusão, o balão de soro

pressurizado e o transdutor devem ser mudados de 96 em 96h.

-Existem vários tipos de complicações do cateterismo arterial. A trombose da artéria radial

apresenta em certas séries uma frequência de 50%, no entanto a incidência de complicações isquêmicas ou necróticas é inferior a 1%. No caso da artéria femoral a incidência de trombose é de 1 a 4% e acontece essencialmente nos doentes com doença aterosclerótica. O embolismo foi demonstrado por angiografia em cerca de 25% dos doentes com cateter na artéria radial, no entanto é muito raro o aparecimento de sinais de isquémia dos dedos.

-Quando se faz "flush" o soro tem um débito aproximado de 1,5 ml/ seg. Constatou-se que se fizer um "flush" de grande volume e durante muito tempo, a solução de "flushing" pode atingir os grandes vasos de forma retrógrada, podendo conter ar e pequenos coágulos. Por isso, recomenda-se que os "flushes" sejam intermitentes com uma duração inferior a 2 segundos. Usar sistema de "flush" fechado.

-A irrigação da pele da parte distal do antebraço vem de pequenos vasos da artéria radial e essa a circulação é terminal. Se o cateter da artéria radial interferir com estes vasos pode provocar isquémia e subsequente necrose da pele.

-A formação de aneurisma pode aparecer após a retirada do cateter o que implica tratamento cirúrgico. No caso da artéria femoral pode-se formar um falso aneurisma e uma fístula arterio-venosa.

-As hemorragias e hematomas são outras complicações frequentes mas habitualmente pouco importantes.

- A desconexão inadvertida do sistema pode provocar uma hemorragia de grande volume.

-Usar "transducers" descartáveis.

-Não utilizar por rotina para colher sangue que não seja necessariamente arterial.

7.12-CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO

Os cateteres venosos centrais de longa permanência constituem importante factor de risco para infecção, com alto índice de mortalidade. É imprescindível que estes dispositivos vasculares sejam manipulados por profissionais treinados para evitar complicações como infecção ou obstrução, por manuseio inadequado.

➤ Tipos de Cateter

Os cateteres de longa permanência podem permanecer implantados por 1 a 2 anos e são divididos em: semi-implantáveis (Hickman e Broviac) e totalmente implantáveis (Port-a-cath).

Ambos têm suas vantagens e desvantagens. Para o transplante de medula óssea, são utilizados os semi-implantáveis.

Cateteres semi-implantáveis

Permitem a infusão de maior volume de fluidos. Estes cateteres possuem, em sua maior parte, duplo lúmen, um mais calibroso (via "large"- amarela ou vermelha e outro menos calibroso (via "small"- azul ou branca), cada um com funções específicas. Para a

colheita de sangue ou infusão de hemoderivados, é sempre utilizada a via de maior calibre, a não ser em caso de colheita de hemoculturas, quando se colhe uma amostra de sangue das duas vias.

➤ **Penso**

- O primeiro penso do local de inserção do cateter (óstio) deverá ser realizado após 24 horas da data de inserção ou antes caso haja presença visível de sangue decorrente da punção.
- - O penso deverá ser mudado, a seguir, a cada 48 horas ou sempre que o mesmo apresentar-se sujo, molhado ou descolado, respeitando a técnica asséptica já descrita anteriormente.
- - Durante o curativo, palpar o trajecto do cateter para avaliar possível infecção do túnel, o que acarretaria na retirada do mesmo.
- Avaliar o óstio, procurando sinais de infecção como hiperemia, secreção (purulenta ou não), dor e calor.

Obs: Caso haja presença de secreção ou sangue no óstio, o penso deve ser trocado diariamente até a ausência de sinais de infecção.

Cateter de Port-a-cath

É um cateter totalmente implantável, com um reservatório e uma câmara de silicone puncionável. Para a punção são utilizadas agulhas específicas, do tipo "hubber point". Não é indicado para infusão de grandes volumes de fluidos, nem para hemotransfusões ou colheita de sangue (excepto hemoculturas), devido ao seu pequeno calibre, o que favorece à obstrução.

Técnica de Punção

1. Higienização das mãos e colocação de EPI;
2. Preparar todo o material necessário para a punção (solução antisséptica, luva estéril, gaze, seringa, micropore, campo fenestrado estéril, agulha, soluções a serem infundidas);
3. Realizar a antisepsia da pele no local a ser puncionado com Clorexidina alcoólica, em movimentos circulares, de dentro para fora;
4. Colocar o campo estéril;
5. Posicionar a câmara do cateter entre os dedos indicador e polegar da mão não dominante, para proceder à punção;
6. Puncionar o cateter e aspirar a solução anticoagulante antes de instalar as soluções a serem infundidas, avaliando o funcionamento do cateter (permeabilidade - bom fluxo e refluxo);
7. Desprezar o material aspirado;
8. Administrar terapêutica;
9. Fixar a agulha com gaze e micropore ou com filme transparente semi-permeável.

Troca da agulha

A agulha do Port-a-cath deverá ser trocada semanalmente, com a mesma técnica da punção inicial.

Troca de circuitos

A troca dos sistemas de infusão deve ser feita à cada 96 horas, sempre respeitando as técnicas assépticas; Importante datar os circuitos para que se tenha um controle da data de troca.

Obs.: Não se faz necessária a troca do sistema de infusão cada vez que se trocar o penso, uma vez que, apesar de pré-estabelecida em 48 horas, pode ser realizada em um intervalo menor, se porventura estiver sujo, molhado ou descolado.

É importante que o penso esteja sempre limpo e seco.

Obstrução do cateter

A obstrução do cateter é um problema bastante comum deste tipo de dispositivo, por várias razões: infusão de hemoderivados em larga escala e infusão de várias outras drogas concomitantemente. É importante um controle rigoroso da velocidade de infusão, para que seja prontamente substituída ao final, e também a salinização do cateter após hemotransfusões evitando a obstrução que, em muitos casos, implica na retirada do cateter.

Em caso de obstrução:

1. Verificar se todos os clamps do cateter estão abertos;
2. Verificar se os circuitos estão todos abertos;
3. Verificar se há alguma torção do cateter e/ou dos circuitos;
4. Se os itens 1, 2 e 3 estiverem OK, proceder à desobstrução do cateter.

Importante: Nunca utilizar seringas de insulina (1 ml) , devido à pressão exercida pelas mesmas, podendo implicar na fratura do cateter, inviabilizando seu uso. Recomenda-se seringas de 3 ml, que possuem uma boa pressão para desobstrução, porém, sem oferecer riscos de fraturar o dispositivo.

Salinização

As vias em uso devem ser salinizadas sempre que houver hemotransfusões, infusões de emulsões lipídicas, Albumina, NPT e colheita de sangue para exames. Para as vias que não estão em uso, a salinização deve ser feita semanalmente. Estas medidas mantêm a permeabilidade do cateter, evitando a obstrução, sem a necessidade de utilizar anticoagulantes.

7.13 – CATETERES PERIFÉRICOS

- Antes da colocação do cateter proceder á higienização das mãos;
- Nos adultos, a colocação do **cateter periférico** deve fazer-se de preferência nos **membros superiores** evitando as zonas de flexão. Nos doentes pediátricos deve preferir-se a mão, o dorso do pé ou o couro cabeludo.
- Tal como para os CVCs deve dar-se preferência a solutos alcoólicos para a desinfecção da pele.
- Na colocação do cateter periférico não deve palpar-se o local de inserção após a aplicação do antisséptico a não ser que a técnica asséptica seja mantida.
- Não devem aplicar-se adesivos não estéreis directamente no local de inserção.
- Para a escolha do penso a utilizar devem seguir-se os mesmos critérios que foram referidos para os CVCs
- Substituir se possível os cateteres periféricos colocados há mais de 72/96 horas (o risco de flebite aumenta consideravelmente passado este tempo) ou vigiar mais frequentemente o local de inserção e substitui-los logo que desenvolva sinais de flebite.
- Não devem substituir-se os cateteres periféricos nos doentes pediátricos a não ser que ocorram complicações (p.ex. flebite ou infiltração).

7.14 -COLHEITA DE SANGUE ATRAVÉS DOS CVC

A colheita de sangue pelo CVC implica que haja o bom senso de avaliara se a análise pedida não vai apresentar posteriormente um falso valor, dadas as perfusões em curso e/ou heparinização do CVC. Por exemplo, o estudo de coagulação implica que a colheita não possa ser efectuada no CVC mas numa via periférica. No caso de a colheita só poder ser efectuada no CVC, esta deverá:

- ser executada no lúmen proximal parando as perfusões em curso (caso do lúmen em utilização);
- desinfetar as conexões;
- aspirar o contudo directamente do lúmen até sair cerca de 20mililitros (ml) de sangue, que deve ser rejeitado;
- seguidamente, com nova seringa, aspira-se a quantidade de sangue desejada;
- posteriormente deve lavar-se o lúmen com soro fisiológico e colocar novamente as perfusões em curso (caso do lúmen em utilização) ou heparinizar o lúmen, (se não utilizado).
- colocar novamente as perfusões em curso, ou heparinizar se o lúmen não estiver a ser utilizado e colocar o obturador.

8. ANEXOS

8.1. Impressos

8.2. Outros

**Anexo VII – Procedimento Multisectorial “Prevenção da Infecção Respiratória
Nosocomial”**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO RESPIRATÓRIA NOSOCOMIAL

1. OBJECTIVOS

Uniformizar procedimentos de actuação de forma a diminuir a incidência da infecção respiratória nosocomial.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a todas as Unidades Clínicas do CHLC.

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do Procedimento

Responsáveis e/ou Coordenadores das Unidades Clínicas e CCI do CHLC.

3.2. Pela revisão do procedimento

CCI do CHLC.

4. DEFINIÇÕES

Pneumonia Adquirida no hospital (PAH) – ocorre após 48h da admissão hospitalar, geralmente tratada no local onde o doente está internado, não estando relacionada com entubação endotraqueal ou ventilação mecânica e que não estava em incubação na altura da admissão. Em caso de agravamento da situação clínica o doente deverá ser transferido para uma UCI.

Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) – ocorre 48-72h após entubação endotraqueal e ventilação mecânica invasiva. De modo similar, a PAVM também é classificada em precoce (a que ocorre até o quarto dia de entubação e início da VM) e tardia (a que se inicia após o quinto dia da entubação e VM)

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

CCI – Comissão de Controlo Infecção

CHKS/HAQU – *Caspe Healthcare Knowledge Systems/Healthcare Accreditation and Quality Unit*

PAH - Pneumonia Adquirida no Hospital

PAVM - Pneumonia Associada á Ventilação Mecânica

6. REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
7	Gestão de Riscos – Controlo de Infecções	7.7

-
- CDC 2004 Guidelines for Preventing Health-Care--Associated Pneumonia - Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.
- CDC: Centers for Disease Control and Prevention (USA) <http://www.cdc.gov/cdc.htm>
- COSTA, D. *Fisioterapia respiratória básica*. São Paulo: Atheneu, 2004.
- Critérios do CDC para a definição de vigilância e para as infecções em unidades de prestação de cuidados de saúde a doentes agudos, programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde, 2009.
- DREYER, E. et al. Técnicas de enfermagem na ventilação mecânica. In: ZUÑIGA, Q.G.P. *Ventilação mecânica para enfermagem*. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 41-49.
- Guideline Only -Joint Theater Trauma System Clinical Practice Guideline - Ventilator Associated Pneumonia, March 2010.
- NHS - National Institute for Health and Clinical Excellence - National Patient Safety Agency - *Technical patient safety solutions for ventilator-associated pneumonia in adults*, November 2008 - ISBN 1-84629-775-3
- OLIVEIRA, A.C. de; ARMOND, G.A.; TEDESCO, L.A. Procedimentos nas vias respiratórias. In: MARTINS, M.A. *Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle*. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001, p. 343-353.
- Susan E. Coffin et al. - *Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals*, Infection control and hospital epidemiology- october 2008; vol. 29.
- www.icsi.org - ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement) - Health Care Order Set: Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia, 2009.

7. DESCRIÇÃO

A causa mais frequente da pneumonia nosocomial é a aspiração microbiana que coloniza a orofaringe e tracto gastrointestinal.

A invasão bacteriana do parênquima pulmonar origina pneumonia que resulta da interacção de vários factores:

- a) Alteração dos mecanismos de defesa do hospedeiro;
- b) Patogenicidade e virulência dos microrganismos;
- c) Dimensão do inóculo bacteriano.

O agente da pneumonia pode ter a sua origem na flora indígena do doente – **infecção endógena**, na flora que coloniza a orofaringe do doente em consequência da sua hospitalização – **infecção secundariamente endógena**, ou ainda no exterior do doente em consequência dos cuidados prestados – **infecção exógena**.

Os equipamentos que contêm fluidos são os mais frequentemente associados à infecção respiratória porque neles ocorre com facilidade a proliferação quer de fungos quer de bactérias que depois poderão ser veiculadas quer pelas mãos dos profissionais quer por nebulização.

A maioria das infecções respiratórias associadas à ventilação resulta da micro-aspiração dos agentes colonizantes da orofaringe. A resistência à colonização depende da integridade anatómica e fisiológica e da flora indígena do indivíduo. Nos doentes hospitalizados, estes factores estão quase sempre comprometidos, sendo a colonização cutânea, orofaringe e intestinal de instalação rápida. A administração de antimicrobianos contribui não só para a colonização, como pode induzir resistência aos antimicrobianos.

As bactérias podem atingir o aparelho respiratório inferior por:

- a) Aspiração de microrganismos a partir da orofaringe;
- b) Inoculação durante a entubação ou no acto de aspiração de secreções;
- c) Inalação de aerossóis contaminados;
- d) Disseminação hematogénea (mais rara);
- e) Possível translocação bacteriana.

A ventilação mecânica é o factor predisponente mais importante para a pneumonia nosocomial.

7.1. Recomendações gerais para a prevenção da infecção respiratória nosocomial

As medidas de prevenção são direccionadas para os riscos extrínsecos de infecção uma vez que, os factores de risco do próprio doente são mais difíceis de prevenir. Assim, é importante ter em consideração algumas medidas:

- A entubação orotraqueal é preferível à nasotraqueal.
- Retirar tão precocemente quanto possível o tubo endotraqueal e a traqueostomia.
- Proceder à higiene das mãos de acordo com as directrizes definidas no procedimento CIH 102 - Higiene das Mãos.
- Correcta utilização de equipamento de protecção individual - CIH101-Precauções Básicas.
- Manutenção de técnica asséptica sempre que indicado.
- Realizar a higiene oral com solução de clorexidina a 2%, pelo menos uma vez por turno e em SOS.
- Formação dos profissionais nesta área.
- Promover a cinesioterapia respiratória tão precocemente quanto possível, sobretudo em doentes submetidos a cirurgia.
- Promover alternância de decúbitos de acordo com a situação clínica do doente.

7.2. Recomendações específicas para a prevenção da infecção respiratória nosocomial

7.2.1 Precauções para a prevenção da pneumonia endógena

Prevenção da aspiração associada à nutrição entérica

- Nos doentes ventilados elevar a cabeceira entre 30 e 45°, se não houver contra-indicação clínica.
- Manter a acidez gástrica adequada para prevenir a colonização por microrganismos patogénicos, introduzindo precocemente a alimentação adequada e evitando a administração de fármacos que alterem o pH.
- Remover o mais precocemente possível a sonda gástrica.
- Vigiar a estase gástrica, colocar em drenagem se necessário.

7.2.2 Prevenção da infecção respiratória nosocomial associada ao equipamento

- Todo o material deve ser previamente lavado antes sofrer o processo de desinfecção ou esterilização (CIH.119-Reprocessamento e manutenção de dispositivos médicos de uso múltiplo).
- O material semi-critico, ou seja, todo aquele que contacta directa ou indirectamente com as mucosas do aparelho respiratório, deve ser submetido a um processo de desinfecção ou esterilização.

Humidificadores e de nebulizadores

- Utilizar somente líquidos estéreis nos reservatórios.
- Colocar o líquido no reservatório imediatamente antes da sua utilização.
- Drenar e desprezar periodicamente a água de condensação dos circuitos externos, tomando precauções para não drenar para as vias respiratórias do doente e nunca escorrer para os humidificadores.

Nebulizadores

Produzem aerossóis, partículas inferiores a 5µ que facilmente atingem os alvéolos pulmonares. Estas partículas podem ser veículo de transporte de microrganismos capazes de desencadear a infecção pulmonar.

- Substituir o material de nebulização de 24 em 24h e sempre que necessário de acordo com o equipamento utilizado
- Entre utilizações no mesmo doente, devem ser submetidos a um processo de desinfecção.
- Entre utilizações em diferentes doentes, devem ser esterilizados.
- Usar apenas solutos estéreis.
- Colocar o líquido no reservatório imediatamente antes da sua utilização.
- Os solutos nunca devem ser acrescentados mas substituídos na totalidade.

- Sempre que possível, utilizar embalagens de aerossol de dose única. Se forem utilizados medicamentos multidose, seguir as indicações do fabricante para a manipulação, armazenamento e conservação do medicamento.

Humidificadores de oxigénio

- Usar apenas líquidos estéreis nos reservatórios dos humidificadores de oxigénio.
- Não acrescentar os líquidos, mas substituí-los na totalidade.
- Colocar o líquido no reservatório imediatamente antes da sua utilização.
- Seguir as recomendações do fabricante para a utilização e manutenção dos reservatórios para humificação do oxigénio, excepto se a modificação destas não acarretar riscos para o doente.
- Mudar toda a água de 24 em 24h. (inviabiliza a contaminação do líquido por legionela).
- Entre doentes cumprir o procedimento CIH.119-Reprocessamento e manutenção de dispositivos médicos de uso múltiplo.

Máscara e tubos de oxigénio

- As máscaras e tubos de oxigénio a utilizar são descartáveis/uso único pelo que devem ser inutilizados após a alta do doente.
- No mesmo doente, sempre que necessário, mudar a máscara e tubo, quando conspurcado.

Balão ressuscitador (tipo "ambu")

- Utilizar sempre um balão ressuscitador para cada doente.
- Entre doentes proceder à desmontagem da bolsa e acessórios conforme indicação do fabricante) e cumprir o procedimento CIH.119-Reprocessamento e manutenção de dispositivos médicos de uso múltiplo.

Laringoscópio

- Lavar a lâmina imediatamente após a sua utilização com água quente, detergente.
- Desinfetar com álcool a 70° ou enviar ao SEC, entre utilizações em diferentes doentes.
- Lavar e desinfetar com álcool a 70° cuidadosamente, o cabo do laringoscópio no final de cada utilização, tendo em atenção as indicações do fabricante.
- Ter especial atenção à descontaminação junto às zonas de mais difícil acesso do equipamento, principalmente na fonte de luz.

Nota: Existem lâminas de laringoscópio descartáveis, que devem ser utilizadas em doentes com doenças infecto-contagiosas (ex.: HIV, Hepatite B, Tuberculose Pulmonar).

Nos circuitos do ventilador

Circuitos Internos

- Não esterilizar ou desinfetar por rotina o circuito interno do ventilador.

Seguir as indicações do fabricante.

Circuitos Externos

- Substituir os circuitos externos do ventilador entre doentes.
- Quando se utilizam filtros higroscópios ("nariz artificial") e adaptadores do servo ventilador, os circuitos são substituídos de 24/24h.
- Mudar o filtro bacteriano segundo informação do fabricante/diário e sempre que esteja visivelmente conspurcado.
- Nos circuitos com humidificador (panela), a sua mudança não deve ocorrer de 48 em 48 horas, excepto em casos de conspurcação.
- Drenar e eliminar periodicamente os líquidos condensados nos circuitos externos dos ventiladores, tomando as precauções necessárias para não drenar para as vias respiratórias do doente e nunca escorrer para os humidificadores.

Outros dispositivos

- Broncofibroscópios e outros dispositivos devem ser descontaminados de doente para doente.

7.2.3 Medidas relacionadas com a aspiração de secreções

Sistema de aspiração

- Efectuar a aspiração de secreções apenas quando necessário e não por rotina.
- Para realizar o procedimento de aspiração de secreções deve: higienização das mãos e colocação de EPI, seguidamente abrir a ponta do papel da sonda estéril, adaptá-la à conexão do vácuo, abrir o vácuo, calçar luvas estéreis, segurando-a com uma das mãos e com a outra desconectando o doente do ventilador. Em seguida, introduz-se a sonda na traqueia através do tubo endotraqueal ou traqueostomia o qual deverá estar ligado a um sistema aspirador; a aspiração será realizada quando a ponta do cateter estiver no interior da traqueia (DREYER et al, 2003).O tempo da introdução da sonda deve ser o mais rápido possível, e sua retirada deve ser feita com movimentos circulares, produzidos com os polegares e indicador, permitindo a limpeza das secreções com o mínimo de dano à parede da traqueia. A duração não deve ser superior a 10 segundos, pois o factor tempo é um determinante muito importante, uma vez que o conteúdo aéreo nos pulmões fica reduzido, podendo levar a hipóxia, já que, juntamente com as secreções, aspira-se ar (DREYER et al, 2003).

- Utilizar uma sonda estéril de uso único, para cada aspiração - Na aspiração devem ser usadas sondas traqueais maleáveis, descartáveis, nos tamanhos 12 ou 14, com três orifícios (no mínimo) na extremidade distal, dispostos lateralmente e na ponta, para que não haja traumatismo da traqueia, que poderia provocar ulcerações e hemorragias. É recomendável que possua válvula digital para controlo da pressão do vácuo e que o diâmetro externo não exceda 1/3 do diâmetro interno do tubo endotraqueal. Durante a aspiração pode ser necessário o suporte de oxigénio de acordo com o quadro clínico do paciente.
- Utilizar soro fisiológico estéril (ampolas de uso único) para a fluidificação das secreções, no entanto segundo Nurs, a instilação de solução salina para fluidificar as secreções não mostra evidências suficientes para comprovar sua eficácia e recomenda que esse procedimento deve ser limitado apenas a casos de obstrução que não se reverta somente com a aspiração. Conforme estudos realizados por Costa, para fluidificar, mobilizar as secreções e estimular a tosse deve ser instilada intrabronquicamente pequenas quantidades de soro fisiológico (até 5 ml).
- Após o término do procedimento, a mesma sonda pode ser utilizada para a aspiração nasal e, em seguida, oral. Naqueles pacientes que estão recebendo nutrição entérica, interromper a sua administração durante o procedimento, para prevenir vômitos e aspiração pulmonar (OLIVEIRA et al, 2001; DREYER et al, 2003).
- Não há consensos quanto à utilização de um sistema de aspiração de secreções aberto ou fechado com o objectivo de diminuir a infecção respiratória.
- Recomenda-se o sistema fechado em doentes com microrganismos multirresistentes, como *Staphylococcus aureus* ou *Mycobacterium tuberculosis*.
- Se utilizado o sistema de aspiração fechado substituir a sonda sempre que, se encontrar visivelmente suja ou inoperacional.
- Se for utilizado o sistema de aspiração aberto, usar uma sonda estéril de uso único.
- Proteger a conexão no doente ventilado quando o desconectar.
- Antes de desinsuflar o *cuff* para remoção ou mobilização do tubo traqueal, aspirar as secreções acima do *cuff*, de modo a que não progridam para a árvore brônquica.
- Lavar com água destilada o tubo do aspirador após a aspiração.

Equipamento de aspiração

- Os tubos do aspirador devem ser mudados de doente para doente e sempre que estejam conspurcados.
 - Os sistemas de recolha de fluidos devem ser mudados de doente para doente e com a frequência necessária, utilizando o equipamento de protecção individual adequado (CIH101 e CIH102).
- Os sistemas de aspiração utilizados são descartáveis, de uso único.

7.3 Medidas preventivas no doente com traqueostomia

- a) Realizar traqueostomia em condições assépticas cirúrgica.
- b) Trocar tubo de traqueostomia utilizando técnica asséptica, utilizando um tubo esterilizado ou que sofreu alto nível de desinfecção.

7.4 PARA SINTETIZAR AS PRINCIPAIS MEDIDAS E FACILITAR A SUA IMPLEMENTAÇÃO NA ROTINA DIÁRIA, PROPÕE-SE A UTILIZAÇÃO DO ACRÓNIMO “**A MENTE**”:

- + **A** de **Acordar**: evitar sedação profunda e agentes paralisantes e promover períodos de suspensão diária de sedação;
- + **M** de **Mãos**: lavagem /desinfecção das mãos e cumprimento das medidas de assépcia;
- + **E** de **Elevação** da cabeceira do leito a 30-45°;
- + **N** de **Nutrição**, de preferência entérica e contribuindo para prevenir a úlcera péptica;
- + **T** de **Tubos**: evitar entubar (ventilação não-invasiva, se possível), extubar e retirar outros tubos e acessos o mais cedo possível;
- + **E** de **Educação**: formação e envolvimento dos profissionais de saúde através de um programa de controlo de infecção hospitalar.